

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el
Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR

Héctor Humberto Pillaca Gonzales

ASESOR

Juana Elena Durand Barreto

Lima – Perú

2013

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUE ASISTE
A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD
MAX ARIAS SCHREIBER-
2013”**

A Dios por darme vida, salud y
ser guía en este camino

A Manuel y Martha, mis padres,
por apoyarme y brindar fortaleza
y ser mí ejemplo de vida

A mi familia por su comprensión,
cariño y apoyo a continuar

A mis amigos por su ayuda
incondicional, empujarme a
continuar y no dejarme vencer

A la Lic. Juana Durand Barreto
por su asesoramiento, valiosas
enseñanzas, dedicación y
comprensión durante el
desarrollo del presente estudio

A mi Alma Mater la UNMSM y a sus
docentes por formarme y
profesionalmente y hacerme una mejor
persona

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	iv
índice general	vi
Índice de Gráficos	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Presentación	1
 CAPITULO I. Introducción	
A. Planteamiento, delimitación y origen del problema	3
B. Formulación del problema	5
C. Justificación	6
D. Objetivos	6
E. Propósito	7
F. Marco Teórico	7
F.1. Antecedentes del estudio	7
F.2. Base teórica	15
➤ Situación de la Tuberculosis en el Perú	15
➤ Generalidades sobre la Tuberculosis	16
➤ Aspectos Conceptuales sobre Afrontamiento	29
➤ Enfermería en la ESN – PCT	39
G. Definición operacional de términos	41
 CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODO	
A. Tipo, Nivel y Método	42
B. Sede de Estudio	42
C. Población	42
D. Técnica e instrumento de recojo de datos	43
E. Proceso de recojo, procesamiento y presentación de datos	43
F. Proceso de análisis e interpretación	44
G. Consideraciones Éticas	44

	Pág.
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. Resultados	45
B. Discusión	50
 CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
A. Conclusiones	53
B. Limitaciones	54
C. Recomendaciones	54
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº		Pág.
1	Estrategias de Afrontamiento del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	47
2	Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	48
3	Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	49
4	Otras Estrategias de Afrontamiento del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	50

RESUMEN

La tuberculosis representa una situación estresante tanto en el inicio de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente. Al buscar entender las cogniciones y conductas que presentan los pacientes surge la necesidad de realizar un estudio con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. **Material y Método.** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformado por todos los pacientes asistentes a la ESN-PCT en el mes de enero del 2013 conformado por 30 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue el (COPE) modificado, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100%(30), el 50%(15) las estrategias de afrontamiento están presentes y en el 50%(15) están ausentes. Las estrategias centradas en el problema están presentes en 53 % (16) y en 47% (14) están ausentes. Dentro de las estrategias centradas en el problema del 100% (30), 53% (16) la supresión de actividades está presente y en 47% (14) ausente, la planificación está presente y en 57% (17) ausente. Sobre las estrategias centradas en la emoción en el 40% (12) están presentes y en el 60%(18) ausente. Dentro de las estrategias centradas en la emoción del 100%(30), 57%(17) está presente el acudir a la religión y en 43%(13) ausente; la negación está presente y en 73% (22) ausente. Referente a las otras estrategias de afrontamiento en 43%(13) están presentes y en 57%(17) ausente. Dentro de las otras estrategias de afrontamiento del 100%(30), 60% (18) está presente el desentendimiento cognitivo y en 40%(12) ausente; en el 20%(15) el desentendimiento conductual está presente y en 80%(24) ausente. **Conclusiones.** Las estrategias de afrontamiento están presentes en la mitad de la población y ausentes en la otra mitad. Las estrategias de mayor uso en los pacientes fueron las centradas en el problema referida a concentrar sus fuerzas a seguir su tratamiento y las de menor uso fueron las centradas en la emoción que está dada por aprender algo de estar enfermo. **Palabras clave:** Estrategias de afrontamiento, paciente asistente a la ESN-PCT.

ABSTRACT

Tuberculosis represents a stressful situation both the onset of the disease, diagnosis, treatment and recovery. In seeking to understand the cognitions and behaviors presented by patients raises the need for a study to determine the patient's coping strategies that attends ESN – PCT Health Center Max Arias Schreiber. **Material and Methods.** The study is level application, quantitative, descriptive method simple cross section. The population consisted of all patients attending the ESN-PCT in January 2013 consisted of 30 patients. The technique was the interview and the instrument was the (COPE) amended, applied prior informed consent. **Results.** 100% (30), 50% (15) coping strategies are present and in 50% (15) are absent. The problem centered strategies are present in 53% (16) and 47% (14) are absent. Among the strategies focused on the problem of 100% (30), 53% (16) suppression activities and is present in 47% (14) away, planning is present and in 57% (17) absent. On emotion-focused strategies in 40% (12) are present and in 60% (18) absent. Among the strategies focused on emotion than 100% (30), 57% (17) is going to present the religion and in 43% (13) absent denial is present and en73% (22) absent. Regarding the other coping strategies in 43% (13) are present and in 57% (17) absent. Among the other coping strategies of 100% (30), 60% (18) is present and cognitive disengagement 40% (12) absent in 20% (15) behavioral disengagement and is present in 80% (24) absent

Conclusions. The coping strategies are present in half the population but absent in the other half. The most widely used strategies in patients were focused on the problem referred to concentrate their forces to continue their treatment and use were less focused on the emotion that is given to learn something about being sick

Keywords: coping strategies, patient attendee ESN - PCT

PRESENTACION

La Tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa que con mucha frecuencia ocasiona inestabilidad social, económica y psicológica, existiendo una estigmatización en torno a esta, en la que muchos pacientes se sienten avergonzados, rechazados por familiares, amigos y vecinos por haberla contraído y en un principio están limitados de trabajar o realizar esfuerzos físicos; lo cual limita su capacidad productiva sin considerar que ello es para contribuir al tratamiento; ocasionando con cierta frecuencia pérdida temporal o transitoria de su independencia en el caso de los adultos, afectando su autoestima y su imagen personal en el caso de los adolescentes ya que presentan una baja de peso.

Por ello es necesario identificar no sólo las necesidades físicas derivado del proceso salud - enfermedad que atraviesa sino también las necesidades de salud mental y los procesos que le ayudan a superar el estrés que le causa la enfermedad.⁽¹⁾

Durante el proceso de vida, el ser humano busca adaptarse continuamente a los cambios que le ocurren, tratando de lograr el equilibrio entre su organismo y el medio ambiente lo que origina una respuesta al estrés necesaria para afrontar nuevas situaciones⁽²⁾

Las estrategias de afrontamiento se han revelado como uno de los principales instrumentos de abordaje para enfrentar diversas situaciones de la realidad psicosocial del enfermar humano. Este concepto nació dentro de la teoría del estrés desarrollada por Lazarus y Folkman; autores que definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.⁽³⁾

Dentro de las responsabilidades del profesional de enfermería, tenemos su contribución al restablecimiento de la salud y aliviar el sufrimiento al paciente y familia que atraviesa el proceso de salud – enfermedad; siendo importante

conocer los procesos de crisis, el estrés y las maneras o estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes frente a la enfermedad de tuberculosis, para así poder abordar de una manera integral su estado de salud.

El presente estudio titulado “Estrategias de Afrontamiento de los pacientes frente a la enfermedad de Tuberculosis, Centro de Salud “Max Arias Schreiber – 2011”, tuvo como objetivo determinar las estrategias de afrontamiento de los pacientes frente a la enfermedad de tuberculosis. Con el propósito de proporcionar información actualizada a los directivos de la institución y al personal de salud que labora en la estrategia, a fin de que se elaboren programas de intervención, de educación para la salud utilizando técnicas participativas dirigidas a la población de riesgo y a la comunidad en general para promover la adopción de una cultura de prevención y conductas saludables orientado a controlar y contribuir a reducir las tasas de morbilidad por esta enfermedad.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, en el cual se incluye el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II. Material y Método, en el que se expone el nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, proceso de recolección de datos, procesamiento, y presentación de datos, proceso de análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA, causada por un agente infeccioso. En 2011, 8,7 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,4 millones murieron por esta causa. ⁽⁴⁾

Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años ⁽⁵⁾

Para el 2010 se estimaron alrededor de 267.000 casos incidentes de TB en la Región de las Américas, cifra que equivale 29 por 100.000 habitantes (rango de estimación: 24 a 34 por 100.000 hab.). Más de dos tercios (69%) de todos los casos incidentes estimados de TB ocurrieron en América del Sur (países andinos: 30%; otros países 39%), 14% en el Caribe, 12% en México y Centro-América, y 5.5 % en América del Norte ⁽⁶⁾

Perú es el 2do país con más carga de TB, el 2010 notificó 31.000 casos que representa el 12% de la carga total para las Américas y el 5to lugar en incidencia más alta (106 por 100.000 hab) después de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana. El porcentaje de detección en relación al estimado fue del 100% para el mismo periodo. ⁽⁷⁾

Sobre el análisis de cohortes o la condición de egreso de los pacientes, el 2009 de 31.844 casos notificados, 17.391 (54,6%) fueron casos nuevos con TB pulmonar baciloscopía positiva, de estos, 14.212 iniciaron tratamiento (81,7%) concluyéndolo con éxito el 81%, con 6% de abandonos, 9% de no evaluados (1.279) y 3% de fallecidos, lo que daría finalmente una cifra de más de 4 mil casos nuevos perdidos. ⁽⁸⁾.

El diagnóstico de una enfermedad constituye un evento estresante que, según el grado de afectación y gravedad, altera significativamente el funcionamiento individual; asimismo, se relaciona a un conjunto de atributos o juicios sociales mayormente desacreditantes sobre la frecuencia, visibilidad, reversibilidad y el carácter amenazante de los síntomas, llamados estigmas, que fomentan actitudes discriminatorias y repercute ostensiblemente las interacciones y roles de la persona que la padece ⁽⁹⁾

La Tuberculosis (TB), está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta; asimismo, la falta de conciencia de enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgo no farmacológico que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, en algunos casos los fármacos pueden ser causa de reacciones adversas a medicamentos (RAFA), que provocan o exacerban alteraciones de la esfera mental, contribuyendo al incumplimiento de la terapia.⁽¹⁰⁾

El afrontamiento es la respuesta o conjunto de respuestas ante una situación estresante, como las enfermedades, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla. Es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, restablecer el equilibrio, es decir para adaptarse a la nueva situación ⁽¹¹⁾

La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante (por ejemplo la enfermedad de la tuberculosis) depende de sus estrategias de afrontamiento. Es decir depende de que la persona disponga de tal o tales conductas, estructuradas o no, estrategias dentro de su repertorio conductual, el cual dependerá de que el contexto social y cultural le ofrezca el recurso correspondiente ⁽¹²⁾

El estilo de afrontamiento ha sido considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación a la enfermedad ⁽¹³⁾ vinculado a resultados físicos y psicológicos en salud ⁽¹⁴⁾ existiendo un relativo acuerdo de

que existiría una asociación entre enfermedad y estilo de afrontamiento, aun cuando las investigaciones destinadas a profundizar sobre las relaciones entre tipos de afrontamiento específicos y enfermedad no han llegado a conclusiones definitivas.

En el Centro de Salud Max Arias Schreiber, en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), durante el 2013, asistieron 44 pacientes, de las cuales 10 personas son multi droga resistente (MDR). Cuenta como personal de salud con una enfermera y dos auxiliares de enfermería.

Al interactuar con la enfermera expresa: “la enfermedad es difícil para los pacientes y lo toman de muchas maneras, algunos lo niegan y no quieren que se enteren los de su entorno, y otros pacientes no toman conciencia de la enfermedad”. Al interactuar con los estudiantes manifiestan “espero que no me de tuberculosis”, “no sé qué haría”, “no me puedo enfermar, no tengo dinero para el tratamiento”, “no le cuentes a nadie si me contagio”. Por otro lado, durante las prácticas, he podido escuchar que los pacientes refieren; “no sé porque me ha dado esta enfermedad”, “me tengo que curar rápido”, “ya estoy sano”, “me aburre venir acá”, “¿qué debo hacer para sanarme más rápido?”, “¿porque debo de dejar trabajar?”, “¿si dejo de trabajar y hacer otras cosas me sanare más rápido?”, “¿qué puedo hacer para sentirme mejor?”, “yo estoy sano joven”, “esto me ha enseñado a cuidar más mi salud y mi alimentación joven”, entre otras expresiones.

Ante esta situación surgieron algunas interrogantes; ¿qué sienten las personas frente a la tuberculosis?, ¿cómo viven los procesos de salud-enfermedad?, ¿cómo enfrentan los pacientes o familias el estrés causado por la enfermedad?, ¿cuál es el nivel de estrés que tienen los pacientes diagnosticados con tuberculosis?, entre otras.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, se creyó necesario realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber?

C. JUSTIFICACION

Dado el incremento de casos de tuberculosis en los últimos años, el Ministerio de Salud notifico que en 2010, en el Perú se diagnosticaron 32,477 casos de Tuberculosis (Tuberculosis en todas sus formas), de los cuales 28,297 fueron casos nuevos, correspondiendo de ellos 17,264 a casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia positiva (15). En el primer semestre del 2010 los pacientes Esquema Uno (tratamiento con drogas de primera línea) llegaron a un porcentaje de curación del 89.9% (META OMS: 85%). Sigue disminuyendo el número de fracasos pero el abandono de tratamiento, continua siendo un desafío.⁽¹⁶⁾

La enfermera que labora en el primer nivel de atención en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), debe identificar precozmente en los grupos de riesgo, las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente con tuberculosis, a fin de promover, conservar y restablecer la salud del paciente y familia brindando una atención de calidad, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

D. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar las estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber

ESPECIFICOS

Identificar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber

Identificar las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber

Identificar las otras estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber

E. PROPOSITO

Los hallazgos del estudio está orientado a proporcionar información actualizada a los directivos de la institución, personal de salud y de enfermería de la ESN –PCT, a fin de que se elaboren programas de educación para la salud dirigidas a la población de riesgo y a la comunidad en general sobre la promoción de estilos de vida saludable y las estrategias de afrontamiento del paciente con tuberculosis orientado a promover la adopción de una cultura de prevención, lo cual contribuirá a favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Luego de haber realizado la revisión de estudios previos se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos:

En el ámbito nacional:

Oblitas Benavides, Ofelia, en Lima – Perú, el 2010, realizó un estudio titulado: “Mecanismo de afrontamiento ante el estrés en las enfermeras del área quirúrgica en el Hospital Departamental de Huancavelica – 2010”, cuyos objetivos fueron determinar los mecanismos de afrontamiento ante el estrés en las enfermeras que laboran en el área quirúrgica en el Hospital Departamental de Huancavelica, e identificar los mecanismos de afrontamiento en su dimensión acción positiva esforzada, acción positiva hedonista, acción huida intropunitiva, y acción introversión. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 enfermeras que laboran

en el área quirúrgica. La técnica que utilizó fue la encuesta y el instrumento la Escala de afrontamiento frente al estrés. Las conclusiones a las que llegó entre otras fueron:

“... Los mecanismos de afrontamiento que utiliza el profesional de Enfermería ante el estrés la mayoría nunca utiliza la acción social, referido a que no se organizan en una acción o petición en relación a sus problemas, así como la reducción de la tensión, es decir nunca o rara veces lloran a gritos y se hacen ilusiones es decir nunca o rara veces sueñan que las cosas irán mejorando y se reservan para sí ya que evitan estar con la gente. Observamos que las enfermeras nunca dejan a otros que conozcan cuál es su problema y no tratan de conseguir ayuda ni escribiendo ni realizando actividades como reuniones o grupos, es una acción que generalmente no conduce a la resolución de problemas o situaciones estresantes. ...” (17)

Berrios Gamarra, Fabiola Norka, en Lima – Perú, el 2007, realizó un estudio titulado: “Nivel de vulnerabilidad frente al estrés y mecanismos de afrontamiento en estudiantes de enfermería de la U.N.M.S.M. Noviembre – 2007”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de vulnerabilidad frente al estrés y los mecanismos de afrontamiento que emplean los estudiantes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la U.N.M.S.M. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población fueron todos los estudiantes de enfermería y la muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico estratificado aleatorio simple conformado por 130 estudiantes. La técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron el test de vulnerabilidad – bienestar frente al estrés y la escala de afrontamiento al estrés. Las conclusiones fueron entre otras:

“... La vulnerabilidad frente al estrés se encuentra presente en los estudiantes de enfermería en un nivel medio (62.3%) con tendencia a lo alto (22.3%) siendo el indicador más preponderante el hecho de que cuando les pasa algo desagradable logran conformarse con facilidad... Las estrategias de afrontamiento, la mayormente utilizadas por los estudiantes es la acción positiva hedonista (41%) destacando la actitud de ignorar el problema, fijarse

*en lo positivo ; seguida de una acción positiva
esforzada (36%)...*⁽¹⁸⁾

Cassaretto, Mónica y Paredes, Rosario, en Lima – Perú, el 2006 realizaron un estudio sobre “Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal”, cuyo objetivo fue identificar y describir los principales estilos y estrategias de afrontamiento utilizados por un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. Utilizo el método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 pacientes mayores de 20 años, aceptados al programa de trasplante de riñón del hospital de seguro social. La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento el Inventario sobre Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron:

“...Los hallazgos indicaron que los estilos enfocados en la emoción fueron utilizados en mayor frecuencia por los participantes, seguidos por los estilos enfocados en el problema. Entre las estrategias de mayor uso se encontraron la planificación, la aceptación y la reinterpretación positiva-crecimiento, mientras que las estrategias de menor uso fueron desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo...”⁽¹⁹⁾

Ticona Benavente y otros, en Arequipa, el 2006, realizaron un estudio titulado “Nivel de Estrés y Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes de la Facultad de Enfermería – UNSA Arequipa. 2006”, cuyo objetivo fue; determinar la relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento. El método fue descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra fue de 234 estudiantes de primero a cuarto año, seleccionada mediante un muestreo probabilístico estratificado. La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumentos la Escala de Estrés de Holmes y Rahe y el Cuestionario de estimación de Afrontamiento de COPE, que considera estrategias enfocadas al problema, emoción y percepción. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron entre otras:

“...La mayor parte de la población estudiada fue de sexo femenino, con rango de edad de 19 a 20 años, el año de estudio que apuntó mayor número de

estudiantes y mayor nivel de estrés fue el primer año, seguido de segundo, tercero y cuarto año; además la gran mayoría de estudiantes registra matrícula regular... El nivel de estrés se encontró severo (29.91%)... Las estrategias más utilizadas orientadas al problema fueron: “planificación” y “enfrentamiento activo”; orientadas a la emoción: “reinterpretación positiva y crecimiento” y “negación” y orientadas a la percepción: “desentendimiento mental” y “enfocar y liberar emociones...”.⁽²⁰⁾

Paredes Carrión, Rosario Haydee, en Lima – Perú, el 2005, realizó un estudio sobre “Afrontamiento y Soporte Social en un Grupo de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, LIMA – PERÚ 2005, cuyo objetivo fue analizar la relación que existe entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Utilizo un diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional, La muestra fue constituida por 40 sujetos mayores de 20 años. Se utilizaron una encuesta personal, Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE), Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA). Las conclusiones entre otras fueron:

“...Se identifico la existencia de correlaciones moderadas entre estas variables, las cuales incluyeron a los otros estilos de afrontamiento y a las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y por razones emocionales. Igualmente, incluyeron el tamaño de la red percibida y efectiva, el nivel general de satisfacción del soporte social y las funciones de interacción íntima, participación social, información positiva, asistencia, interacción negativa, ayuda material y consejo e información.

...el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes.

....una mayor ocurrencia del soporte social percibido que efectivo, y mencionaron tener mayor necesidad que satisfacción con su soporte social. Por último, se identificaron diferencias significativas en el estilo y las estrategias de afrontamiento, y en los índices y

las funciones del soporte social según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico...”⁽²¹⁾

Díaz A, Gloria, Yaringaño, Juan, en Lima – Perú, el 2005, en su estudio titulado “Clima Familiar y Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos”, tuvo como objetivo establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM). Se empleo el método descriptivo correlacional para describir y relacionar las dimensiones del clima familiar y los modos de afrontamiento de los pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 287 sujetos (hombres y mujeres), con promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior. Se utilizó la Escala de Clima Social Familiar – FES de Moos (1982) y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004). Las conclusiones a las que llegaron fueron:

“...De acuerdo con los resultados existe relación estadísticamente significativa entre el Clima Social Familiar y el Afrontamiento al Estrés...presentan en general un nivel Medio (Estable) en clima familiar, y en el caso del afrontamiento al estrés el promedio hace referencia a un afrontamiento positivo....Existe relación significativa entre clima familiar y el afrontamiento positivo; se observa una relación significativa entre las dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad del clima social familiar con el Afrontamiento positivo al estrés.Existen diferencias significativas en los pacientes oncológicos varones y mujeres con respecto al clima familiar y el afrontamiento al estrés. Se observa que las mujeres que tiene estrategias de afrontamiento positivo en mayor medida en relación a los hombres...”⁽²²⁾

En el ámbito internacional

Hernández Zamora, Zoila Edith, en Veracruz – México, el 2009, realizo un estudio titulado, "Variables que Intervienen en la Personalidad Resistente y las Estrategias de Afrontamiento en Adultos Mayores “, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de Personalidad Resistente (PR), y su relación

con el nivel de estrategias de afrontamiento así como con otras variables psicológicas y sociodemográficas. El método fue descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra fue de 102 adultos mayores (39 hombres y 63 mujeres). Utilizo como instrumentos, el cuestionario de datos generales, el Inventario de puntos de vista personales (PVP) y el Cuestionario COPE. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron las siguientes:

“...la mayoría de los participantes tienen un nivel alto de PR y ninguna resultó con un nivel bajo en este constructo. Las variables asociadas significativamente con una PR alta son: sexo, independencia, escolaridad, autopercepción de salud y repercusión en el estado de ánimo de sus enfermedades. En cuanto al nivel de estrategias de afrontamiento la mayoría se ubicó en el nivel medio, no existiendo correlaciones en este aspecto con otras variables de estudio...” (23)

Suárez Baquero, Alejandra, Baquero, Lucía, Londoño, Chery, Low, Carolina, en Bogotá – Colombia, el 2009, realizaron un estudio titulado “Estrategias de Afrontamiento y Estilos Conductuales en pacientes Diagnosticados con Cáncer que Reciben Tratamiento Ambulatorio” cuyo objetivo fue determinar las principales estrategias de afrontamiento y los estilos conductuales que presentaron 30 pacientes diagnosticados con cáncer que se encontraban bajo tratamiento oncológico ambulatorio y a la vez, establecer si existe relación entre tales estrategias y los estilos. Para ello, se aplicó una entrevista semiestructurada y la escala de estilos conductuales de Miller (1987)

Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron las siguientes:

“...la estrategia y estilo conductual mayormente adoptados por los pacientes fueron espíritu de lucha y monitoring (búsqueda activa de información) respectivamente; también se encontró que estas variables son independientes y por lo tanto no existe relación entre las misma...” (24)

Flores-Sarazúa, Enrique, Borda-Más, Mercedes y Pérez-San Gregorio, María Ángeles, en Sevilla – España, el 2005, realizaron un estudio sobre “Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social” El objetivo de este estudio

ex post facto detectar estrategias de afrontamiento comunes en personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven en una situación de exclusión social. La muestra está formada por 105 participantes, varones procedentes de la Comunidad Autónoma Andaluza, distribuidos en cuatro grupos, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario semiestructurado y el cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron las siguientes:

“...no existe un modo de afrontamiento específico en la población estudiada. Estos resultados podrían ser interpretados en base a, por una lado, que no existen estrategias de afrontamiento comunes entre los distintos grupos, o por otro lado, que el material comúnmente utilizado para evaluar las mismas no fuese suficientemente válido para la población estudiada...”⁽²⁵⁾

Carrobbles, José Antonio, Remor, Eduardo y Rodríguez-Alzamora, Larissa, Madrid – España, en el 2003, realizaron un estudio “Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH”, cuyo objetivo fue describir la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido (afectivo y sanitario) con el distrés emocional en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural (español y peruano). Utilizó el método correlacional descriptivo de corte transversa. Como instrumentos de recolección se uso (Encuesta ad hoc), Estilos y estrategias de afrontamiento: Inventario de estilos de afrontamiento a la enfermedad de 47 ítems de Namir et al. (1987), Distrés emocional (HADS-T): Medido por la combinación de las puntuaciones de las subescalas de Ansiedad (HADS-A) y Depresión (HADS-D) de la Escala Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS) de Zigmond y Snaith (1983). Las conclusiones a las que llegaron los autores fueron entre otras

“...Se puede indicar asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de distrés emocional experimentado por los sujetos. No se han encontrado, sin embargo, variaciones en el afrontamiento considerando el

avance de la enfermedad y el deterioro inmunológico, para la muestra completa

No obstante, sí se han encontrado algunas diferencias analizando las muestras por separado. Las estrategias de afrontamiento específicas: evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple...” (26)

Begoña Rueda Ruiz, María y León Aguado Díaz, Antonio, en Madrid – España, el 2003, realizaron un estudio titulado “Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular”, cuyos objetivos fueron validar el cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento y el cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales en una amplia muestra de personas con LM., estudiar si existen estrategias de afrontamiento que caracterizan a las personas con LM o si, por el contrario, existen diferencias individuales explicadas por otras variables psicológicas y no exclusivamente por la presencia de esta discapacidad, estudiar si existe relación entre el afrontamiento y las variables clínicas de la LM, las variables sociodemográficas y variables psicológicas relevantes, como la extraversión, el neuroticismo, la depresión y el locus. El método fue descriptivo correlacional. Los instrumentos fueron el cuestionario de Identificación, cuestionario de Integración Social, cuestionario de AVD y Enfermería, cuestionario de Fisioterapia, la entrevista de Identificación y Calidad de Vida, el cuestionario E-N de extraversión y neuroticismo, cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución, cuestionario LUCAM de locus, cuestionario de estrategias de afrontamiento actuales, cuestionario de rememoración de estrategias de afrontamiento, e inventario de depresión de Beck”. Las conclusiones a las que llegaron las autoras fueron las siguientes:

“...existen diferencias individuales en el afrontamiento y hay evidencia de la ausencia de un patrón de afrontamiento que caracterice a las personas con LM. Ello supone la existencia de procesos individualizados de adaptación y ofrece apoyo empírico al modelo de las diferencias individuales frente al modelo de las etapas... Existen

diferencias entre el afrontamiento actual y rememorado de la LM, lo cual es indicador de una dinámica personal en la utilización de dichas estrategias y de la influencia de los factores situacionales. De igual forma, algunas conductas y pensamientos utilizados por las personas con LM para manejar las situaciones estresantes se mantienen a lo largo del proceso de adaptación mostrando estabilidad. Todo ello confirma la naturaleza multideterminada de este constructo en la que interactúan tanto factores personales como factores ambientales...”⁽²⁷⁾

Por los antecedentes revisados podemos evidenciar que si bien es cierto que existen algunos estudios relacionados al tema; los cuales han permitido diseñar la metodología, así como estructurar la base teórica, es importante realizar el estudio a fin de describir y comprender la problemática del paciente con TB orientado a formular estrategias que permita contribuir a mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento, contribuyendo a la disminución de la incidencia de abandono.

F.2. BASE TEÓRICA

➤ SITUACION DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERU

El control de tuberculosis en el Perú tiene varias décadas de ejercicio, con resultados variables. En los últimos 15 años han ocurrido cambios importantes en el control eficiente de la Tuberculosis (TB) en condiciones de trabajo real. Las tasas de morbilidad e incidencia anual de TB tendieron a disminuir (tasa de morbilidad año 2004: 124.4 x 100,000 habitantes; tasa de incidencia de TB todas las formas 107.7 x 100,000 habitantes; tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo (TBP-FP): 66.4 x 100,000 habitantes). En total 34,276 personas con TB para el año 2004, de los cuales 18,289 casos nuevos de TBP-FP. Ello significó una disminución de 51.4% en la tasa global de TB, respecto al año 1992 (año de máxima tasa). Para el año 2004 se esperaban 1, 441,094 sintomáticos respiratorios, de los cuales se identificaron el 71.5% y se examinaron al 98.6% de éstos. Sin embargo, las tasas anuales pueden haber sido afectadas por la disminución del esfuerzo de búsqueda de casos, habiendo disminuido el número de baciloscopías de

diagnóstico en el periodo del año 2001 al 2003. Las acciones tomadas en el segundo semestre del año 2004 permitió detener la caída en la captación de sintomáticos respiratorios examinados.⁽²⁸⁾

El año 2005 la captación de sintomáticos respiratorio y el número de baciloscopías de diagnóstico se han incrementado en 16 % lo que ha permitido ir cerrando la brecha de años anteriores. Se examinaron en ese periodo 1, 186,699 sintomáticos respiratorios realizando 2, 131,111 baciloscopías de diagnóstico. Producto de una adecuada gestión se diagnosticaron 35,541 casos de tuberculosis en todas sus formas lo que representa una tasa de 129.02 casos x 100 000 habitantes, así mismo se detectaron 30,226 casos nuevos de tuberculosis (tasa de 109.7 x 100 000 habitantes) y 18,490 casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva (tasa de 67.12 x 100 000 habitantes), de tal manera las tasas de morbilidad, incidencia e incidencia de TB frotis positivo, se han incrementado en promedio en 1.9 %, de mantenerse este esfuerzo el año 2006 se lograría disminuir la prevalencia acumulada y a partir del año 2007 comenzaría a disminuir en 5% anual las tasas de tuberculosis, similar a la década de los años 90.⁽²⁹⁾

➤ GENERALIDADES SOBRE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad Infecto-contagiosa producida por el bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*) que ataca con frecuencia a los pulmones, pero puede comprometer cualquier otra parte del cuerpo⁽³⁰⁾

AGENTE CAUSAL

La tuberculosis es producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, bacteria intracelular de crecimiento lento que tiene ciertas características especiales que le confieren grandes diferencias con las bacterias convencionales como por ejemplo su capacidad de multiplicarse en el interior del fagosoma de los macrófagos, ambiente hostil para la mayoría de las bacterias.

El alto contenido en lípidos de su pared celular impide que penetren los colorantes habituales: no son visibles con la tinción de Gram y una vez teñidas no se decoloran con una mezcla de alcohol y ácido (ácido-alcohol resistentes: BAAR) por lo que son necesarios colorantes especiales. Las mico bacterias son capaces de sobrevivir durante semanas o meses sobre objetos inanimados, siempre que estén protegidas de la luz solar, y son más resistentes a los ácidos, álcalis y desinfectantes que el resto de las bacterias no formadoras de esporas. Resisten al frío, la desecación y la congelación, pero son muy sensibles al calor, la luz solar y a luz ultravioleta: el calor (>65° C durante 30 minutos) las inactiva. El *Mycobacterium tuberculosis* complex, engloba a un grupo de mico bacterias que presentan más de 95% de homología en su ADN e incluye además de *M. Tuberculosis* al *Mycobacterium bovis*, *M. BCG*, *Mycobacterium africanum* , *Mycobacterium microti* y *Mycobacterium canettii*.⁽³¹⁾

MECANISMO DE TRANSMISIÓN

El mecanismo más habitual de transmisión es la vía aérea: en actividades cotidianas como el hablar, toser o reír, el paciente con tuberculosis pulmonar o laríngea elimina pequeñas gotas, que para que puedan ser contagiosas, deben medir entre 1 a 5 micras de diámetro y contener entre 1 y 5 bacilos cada gota. Se ha calculado que un enfermo con baciloscopía positiva podría contagiar alrededor de 10-15 personas por año. Una vez que son aspiradas, estas gotas llegan a los alvéolos donde encuentran las condiciones aptas para su desarrollo.

Otro mecanismo de transmisión posible, pero controlado con la pasteurización de la leche, es la vía digestiva para el *M. bovis*. Las vías urogenital, cutáneo mucosa y la inoculación directa son excepcionales.

La aspiración de *M. Tuberculosis*, desencadena en los alvéolos una serie de respuestas tisulares e inmunológicas conocidas como primo infección tuberculosa. Inicialmente los macrófagos eliminan un determinado número de mico bacterias y se produce un foco de alveolitis exudativa.

A veces la infección queda limitada a esta etapa y en otras ocasiones la infección se propaga por las vías linfáticas intrapulmonares hasta los ganglios regionales paratraqueales o mediastínicos originando el llamado complejo bipolar. También se pueden producir diseminaciones bacilares por vía hematógica a los segmentos apicales pulmonares, riñones, hígado y huesos que, por lo general, suelen controlarse localmente y que no tienen trascendencia clínica.

El riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa una vez producida la infección, está determinado por la integridad del sistema inmunitario celular, por lo que las condiciones que generan una disminución transitoria o permanente de la misma facilitarían el desarrollo de la enfermedad. Dichas condiciones son conocidas como factores de riesgo.

Entre las condiciones más importantes se pueden mencionar:

- La edad: los niños menores de 2 años incrementan al doble el riesgo de progresión a enfermedad y los mayores de 60 años, la quintuplican,
- El estado inmunitario: la asociación con el VIH aumenta 117 veces el riesgo de desarrollar la enfermedad, mientras que si el paciente padece SIDA el riesgo se incrementa 170 veces,
- Otras condiciones médicas como diabetes mellitus, silicosis, gastrectomía, neoplasias, desnutrición.

Aquellos pacientes bacilíferos, que además presentan tos intensa y no se encuentran en tratamiento o llevan menos de 15 días de iniciado el mismo y no se encuentran en aislamiento respiratorio o utilizando barbijo, son los que presentan mayor riesgo de contagiar a otros individuos. El riesgo de infección, además, se encuentra influido por la proximidad, el tiempo de exposición y condiciones de la vivienda, como por ejemplo ambientes mal ventilados.

Otro factor a tener en cuenta es la cantidad de bacilos que el paciente presente en su esputo: aquellos que presentan la baciloscopia positiva son los más contagiosos, mientras que aquellos a cuyo diagnóstico se arriba por

cultivo y presentan baciloscopia directa negativa son menos contagiosos y los pacientes con formas extrapulmonares, usualmente no contagian. Los niños habitualmente no contagian: su tos es más débil y tienen menor producción de esputo.

Se estima que una persona con baciloscopía positiva no diagnosticada y no tratada contamina a entre 10 a 20 personas por año, dependiendo del ambiente y las características de los expuestos. ⁽³²⁾

FORMAS CLINICAS

La mayoría de los casos de tuberculosis se localizan en el pulmón (tuberculosis pulmonar). Sin embargo también se puede producir en otros órganos, y en ese caso se conoce como tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis pulmonar es la más frecuente y la más contagiosa de las formas de tuberculosis y representa alrededor del 80 al 85% del total de los casos. La Tuberculosis extrapulmonar aparece entre el 15 al 20% de todos los casos de tuberculosis. Las formas más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar son la pleural y la ganglionar, seguidas por la genitourinaria. ⁽³³⁾

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Según la Resolución Ministerial de salud se resuelve la modificación del sub numeral 7 tratamientos de la tuberculosis de la “Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis”, el cual tiene por finalidad fortalecer el manejo programático de la tuberculosis en el Perú incorporando nuevos conceptos, relacionados con las nuevas formas de resistencia a antibióticos y las estrategias terapéuticas necesarias para su control.

Según la Norma Técnica de Salud para el Control de Tuberculosis” (NTS N°041-MINSA/DGSP-V.01 y R.M N° 383-2006/MINSA); el tratamiento de la tuberculosis se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, formulados en los decenios de 1970,1980 y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta las propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos; capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia.

Nos enfrentamos a su vez a fenómenos biológicos relacionados a la presencia de enfermedades como el VIH/SIDA o la Diabetes Mellitus, que favorece a la presencia de la Tuberculosis TB, además los fenómenos de resistencia a las drogas, la Multidrogorresistencia TB MDR y la Extra Resistencia, y por lo tanto escenarios mucho más complejos para el Control de la Tuberculosis en el País. En el Perú hemos acumulado en años últimos años una reconocida experiencia internacional en el manejo de la tuberculosis en general y de manera particular en la Multidrogorresistencia hemos podido incorporar herramientas de diagnóstico para identificar Tuberculosis Multidrogorresistencia TB MDR y la posibilidad de implementar acciones terapéuticas más eficaces.

El tratamiento farmacológico de la Tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases, nabas supervisadas:

PRIMERA FASE.- de inducción o bactericidas de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir el 90% de la población bacteriana en los 10 primeros días) y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso a tratamiento.

SEGUNDA FASE.- de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. En este momento la población bacteriana se multiplica una vez por semana o menos frecuentemente, de manera que ya ni requiere tratamiento diario. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

(34)

* Tuberculosis infantil: los criterios utilizados para adultos son válidos también para los niños, con la excepción de ser manejados según dosis por peso.

En menores de 7 años de edad evaluar el riesgo beneficio de utilizar Etambutol y Quinolonas.

*Tuberculosis en gestantes: aunque no exista estudios que demuestren teratogenicidad en humanos de los fármacos usados en este esquema debe solicitarse consentimiento informado de la paciente y su familia

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS CON
ESQUEMA UNO
2RHZE/4R2H2**

FASES	DURACION	FRECUENCIA	MEDICAMENTOS Y DOSIS	TOTAL POR PACIENTE
1ra	02 meses (50dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300mg: 2 capsulas Isoniacida x 100mg: 3 tabletas Pirazinamida x 500mg: 3 tabletas Etambutol x 400 mg : 3 tabletas	R X 300 mg : 164 capsulas H x 100 mg : 438 tabletas Z x 500 mg : 150 tabletas E x 400 mg : 150 tabletas.
2da	04 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Rifampicina x 300 mg: 2 capsulas Isoniacida x 100 mg : 9 tabletas	

*Fuente:Norma Técnica de Salud para el Control de Tuberculosis"2010

ESQUEMA DE RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE

2—4 km Cx^a Z E Eto Cs / Km₂₋₃Cx^a Z E Eto CS / CxEto Cs Z E

a.- Ciprofloxacino se ira reemplazando progresivamente por levofloxacino

Composición: en el presente esquema incluye las siguientes drogas:
Kanamicina + Quinolona(Ciprofloxacino o Levofloxacino) + Pirazinamida +
Ethambutol + Etionamida + Cicloserina.

TRATAMIENTO DE LA TB XDR (EXTREMADAMENTE RESISTENTE O TUBERCULOSIS ULTRA RESISTENTE)

Medicamento	DosisY Descripción
CLARITROMICINA	Dosis: 500 mg cl12h o 1g/día
LINEZOLID	La dosis de inicio de tratamiento es de 600 mg EV o VO cada 12 horas por las 4 a 8 primeras semanas
CLOFAZIMINE	Dosis: 100-200 mg vía oral
IMIPENEM	La dosis solo 2 veces al día
MEROPENEM	Puede considerarse una mejor opción que el Imipenem bajo los mismos principios debido a que pertenecen al mismo grupo de antibióticos.
THIORIDAZINA	El inicio de la terapia debe ser luego de una evaluación cardiológica y el aumento de la dosis debe ser progresivo. Su uso debe ser en conjunto con el especialista enPsiquiatría.

*Fuente:Norma Técnica de Salud para el Control de Tuberculosis- 2010^{”(35)}

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS (ESN-PCT)

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. Está integrado a los servicios generales de salud a nivel nacional, se operativiza desde el nivel local y su cobertura alcanza a todos los establecimientos del Ministerio de Salud y otras instituciones (Seguro Social de Salud- EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Centros Médicos de las Universidades, Sanidad del Instituto Nacional Penitenciario INPE, Municipalidades, Centros Médicos de la Iglesia, Sector Privado y otros).

El control de la Tuberculosis en el Perú se sustenta en el documento "Norma Técnica de Salud para Control de la Tuberculosis" que incorpora y aplica la estrategia DOTS y DOTS Plus recomendada por la OMS/OPS.

La estrategia DOTS garantiza la curación de la mayor proporción de pacientes y la reducción del riesgo de enfermar para la comunidad. De consolidarse y amplificarse en forma eficiente, se producirá la eliminación gradual de la tuberculosis como problema de salud pública.

En el Perú, la ESN-PCT cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), es la respuesta socio-sanitaria al problema de la tuberculosis, considerado como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e interinstitucional; que permite un abordaje multifactorial para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización

nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto y concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones, con un enfoque de costo-efectividad de alta rentabilidad económica y social.

El Ministerio de Salud, a través de la ESN-PCT garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza ó etnia y otros.

En el nivel nacional, así como en el nivel regional donde la tuberculosis es un problema de salud pública, se conformará un Comité Técnico integrado por las dependencias de la institución, involucradas en la implementación y ejecución de las actividades de prevención y control de la tuberculosis y un Comité Consultivo integrado por representantes de instituciones de la sociedad civil y organizaciones de afectados que desarrollen y ejecuten planes de abogacía que garanticen el compromiso político con la asignación de recursos necesarios en cada uno de los niveles de atención para la aplicación de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la tuberculosis.

En el nivel local las autoridades competentes garantizarán el cumplimiento de la norma técnica con la participación de equipos multidisciplinarios y aseguraran consulta médica, detección, diagnóstico y tratamiento gratuitos, ofreciendo buenas prácticas de atención y respeto a los derechos humanos.

La ESN-PCT en los diferentes niveles e instituciones del sector salud, promoverá la plena participación de las organizaciones de personas afectadas debidamente acreditadas, fomentando el desarrollo de ciudadanía en salud, que implica el ejercicio de derechos y responsabilidades.⁽³⁶⁾

SALUD MENTAL Y TUBERCULOSIS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sostiene que los trastornos mentales y del comportamiento constituyen cinco de las diez principales cargas de morbilidad mundial y estima que para el 2020 alcance el 15%, afectando el curso y el pronóstico de las enfermedades físicas concomitantes.

La Salud Mental constituye un estado complejo y dinámico, de equilibrio entre la persona con su medio ambiente; de otro lado, la enfermedad mental supone la ruptura de aquel balance, donde participan factores biológicos, psicológicos y sociales, que se traduce en comportamientos disfuncionales que se consideran anormales o patológicos.

El diagnóstico de una enfermedad constituye un evento estresante que, según el grado de afectación y gravedad, altera significativamente el funcionamiento individual; asimismo, se relaciona a conjunto de atributos o juicios sociales mayormente desacreditantes -sobre la frecuencia, visibilidad, reversibilidad y el carácter amenazante de los síntomas-, llamados estigmas, que fomentan actitudes discriminatorias y repercute ostensiblemente las interacciones y roles de la persona que la padece.

La Tuberculosis (TB), está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta; asimismo, la falta de conciencia de enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgo no farmacológico que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, en algunos casos los fármacos pueden ser causa de Reacciones adversas a medicamentos (RAFA), que provocan o exacerban alteraciones de la esfera mental, contribuyendo al incumplimiento de la terapia.

La existencia de trastornos mentales y del comportamiento comórbidos a enfermedades infecciosas, como la Tuberculosis, que no son detectadas y tratadas oportunamente, constituyen un factor de riesgo al cumplimiento del tratamiento respectivo. ⁽³⁷⁾

Esta enfermedad no solo pone en alto riesgo la vida del paciente sino también se asocia a marcados niveles de discapacidad y de sufrimiento individual y familiar. Si bien el riesgo de contagio dentro y fuera del grupo familiar es alto, los pacientes y sus familiares experimentan temores intensos que crean un ambiente emocional particularmente complejo en el entorno del paciente.

Dado que la enfermedad se asocia a la pobreza y algunas condiciones de abandono se suele observar que muchos de los pacientes tiene cierta vulnerabilidad emocional que algunos casos se expresa como inestabilidad emocional, tendencia a la depresión, sentimientos de frustración, resentimiento y cólera. Muchos de ellos vienen de procesos largos de discriminación y maltrato que la enfermedad lo profundiza. Para otros la enfermedad es la ocasión para ratificar el abandono y maltrato e incluso han llegado a ella como una forma pasiva de buscar la muerte.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común antes de iniciar el tratamiento, a partir de algunos estudios y referencias estimamos que la depresión en pacientes TB, al inicio del tratamiento es aproximadamente el doble de la población general. También encontramos otros trastornos psiquiátricos como la adicción a drogas y alcohol, y los trastornos de personalidad (especialmente borderline en mujeres y psicopático en hombre). Dado que estos problemas son bastante relevantes para el manejo posterior del paciente, consideramos de fundamental importancia un diagnóstico psiquiátrico previo. La forma más común es a través de una consulta psiquiátrica, pero también se puede utilizar pruebas estandarizadas como el SCL-90

REACCIONES EMOCIONALES ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO TB

- Negación: El paciente piensa que ha habido un error en el diagnóstico y no acepta la gravedad de la enfermedad o piensa que es suficiente con la medicina tradicional.

- Sentimiento de culpa: El paciente se siente culpable de lo que ha hecho o dejado de hacer. Incluso, puede culpar al resto (familia, sociedad) de ser los causantes de su enfermedad.
- Rabia: El paciente siente rabia y cólera por padecer esta enfermedad: lo considera una injusticia y expresará su rabia en el entorno inmediato (familia, trabajo).
- Depresión: Es una etapa de tristeza y de abatimiento y, en la cual en casos extremos el paciente puede llegar a desear su muerte.
- Aceptación de la enfermedad: Etapa en que el paciente llega a aceptar su enfermedad sin sentimientos de culpa ni de rabia.. En esta etapa se fortalece la adherencia al tratamiento y disminuye el impacto del estigma y rechazo social.

PROBLEMAS FAMILIARES.

- Malestar y discusiones con familiares y pareja. La familia experimente sentimientos ambivalentes frente al diagnóstico. En ocasiones los sentimientos de culpa le llevan a experimentar sobre protección y en otros casos, los sentimientos de negación y rabia provocan conductas de rechazo y crítica a los pacientes. Estas actitudes en ocasiones persisten aun después de concluido el tratamiento.
- Alteraciones en la expresión de los sentimientos y las relaciones afectivas. El temor a contagiar o ser contagiado es causa frecuente de la abstención o rechazo de caricias y proximidades físicas entre los miembros de la familia y los pacientes. Muchas madres dejan de abrazar a sus hijos, parejas dejan de besarse, amigos dejan de acercarse, con el consecuente daño en la relación afectiva. Estas prácticas se mantiene aun cuando los pacientes tienen cultivos negativos.
- Alteraciones en la Intimidad y vida sexual: la enfermedad afecta significativamente la vida sexual de una pareja. A ello contribuye el temor al contagio (del paciente hacia su pareja o viceversa), el estado físico, las

disfunciones respiratorias y las alteraciones de la imagen de si mismos. A ello contribuye la creencia que “el coito produce desgaste físico y empeora la enfermedad”. Ocasionalmente, los medicamentos pueden afectar la libido (aumentarla o disminuirla). En ocasiones puede haber una exaltación de la libido que puede expresarse en conductas desinhibidas o inadecuadas

- Crisis familiares. La enfermedad de un miembro de la familia puede desencadenar una crisis familiar que en ocasiones termina en la desintegración de la familia o pareja. Esto depende fundamentalmente del nivel de cohesión, madurez e información de la familia, así como del rol económico y funcional del paciente.

PROBLEMAS RELACIONADOS AL TRABAJO Y LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

- Discapacidad para trabajar y/o estudiar. La enfermedad se asocia a disfunciones respiratorias y a la pérdida de fuerza y energía, las mismas que limitan objetivamente las capacidades de estudiar, trabajar y realizar otras actividades cotidianas .A esto se suman
- Los efectos colaterales del tratamiento MDR. Estas limitaciones son motivos para que muchos pacientes pierdan sus trabajos o trunquen sus proyectos de desarrollo, con las consecuencias emocionales, familiares y económicas
- Temor y desmotivación para realizar actividades físicas e intelectuales. Muchos pacientes al asociar la enfermedad con desgaste físico y mental tienen temor de realizar actividades aun estando en condiciones físicas adecuadas. Este temor se refuerza por desmotivación o desgano y estados depresivos, y a cierta ganancia secundaria que se refuerza con actitudes de sobreprotección de muchos familiares.
- Temor a ser discriminado o rechazado en los ámbitos laborales o formativos. Muchos pacientes se sienten realmente aterrados con la idea que sus compañeros de estudio o trabajo se enteren que sufre de TBC, y

ser objeto de discriminación. De hecho, en nuestra sociedad, la discriminación a las personas que sufren de TBC, es una práctica social extendida. que se refuerza con los sentimientos de vergüenza e inferioridad que experimentan los pacientes. Muchos pacientes son objeto de discriminaciones sutiles y abiertas. El hostigamiento, el rechazo, los despidos arbitrarios, e incluso el insulto y la violencia son problemas que con frecuencia tienen que enfrentar nuestros pacientes.

- Desamparo, abandono social e indigencia. Muchos pacientes al enfermarse empeoran radicalmente sus precarias condiciones económicas y llegan a niveles extremos de pobreza. ⁽³⁸⁾

➤ **ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE AFRONTAMIENTO**

Son muchas las situaciones estresantes y muchas las formas de afrontarlas. Ante fuentes similares de estrés, unas personas se ponen en alerta y vigilantes, mientras que otras intentan negar la situación, distraerse u olvidar, o por el contrario actúan de forma directa y activa para cambiar la situación, o tratan de aceptarla con resignación. Lazarus sostiene que lo que hace la persona como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, y por lo tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación. ⁽³⁹⁾

El afrontamiento es un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo. Es un conjunto de acciones encubiertas o manifiestas que el sujeto pone en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio roto en la transacción persona-ambiente. Son los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés. ⁽⁴⁰⁾

Existen tres aspectos a considerar, primero, se trata de un proceso que cambian dependiendo de si el sujeto ha experimentado resultados exitosos o

no cuando se enfrentó a una situación estresante; segundo, no sólo es una respuesta automática o fisiológica, si no también aprendida por la experiencia; y tercero, requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis o adaptarse a la situación.⁽⁴¹⁾

Desde el modelo de Lazarus y Folkman de afrontamiento del estrés el afrontamiento se conceptualiza como aquellos esfuerzos cognitivo y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, así como el estado emocional desagradable vinculado a él.

Los puntos fundamentales que configuran esta definición son los siguientes:

- El afrontamiento es visto como un proceso, algo que cambia continuamente y que es específico para cada situación; no es, por tanto, un rasgo
- Al requerir un esfuerzo, no son incluidas ni las conductas automáticas ni los estilos cognitivos.
- El afrontamiento se define por el esfuerzo realizado, no por los resultados por ello, afrontamiento no es sinónimo de dominio de la situación o de buenos resultados. En este sentido, se ha definido la "efectividad del afrontamiento" como el punto hasta el cual el proceso de afrontamiento ha alcanzado las metas que se proponía, que no es sinónimo de eficacia
- Además, no hay estrategias esencialmente mejores o peores que otras; la consideración de su adaptabilidad debe hacerse según los factores situacionales que modulan el vínculo entre una respuesta y una determinada faceta del funcionamiento vital.
- El afrontamiento es un proceso multidimensional, esto es, que el sujeto utiliza distintos tipos de estrategias de afrontamiento, lo que no impide que haya ciertas preferencias por algunas de ellas.⁽⁴²⁾

El afrontamiento ha tenido una evolución conceptual y metodológica fruto de los diferentes enfoques que se han utilizado para su estudio. La descripción de la naturaleza y las características del afrontamiento, así como su definición conceptual y operativa, han variado dependiendo de la perspectiva desde la que se ha abordado su estudio y del campo de aplicación en el que se han realizado las investigaciones.

- Enfoque centrado en la persona, que agrupa los estudios psicoanalíticos, que ponen el énfasis en el afrontamiento como factor regulador de las emociones y reductor de la ansiedad los teóricos del rasgo que abordan el estudio del afrontamiento desde la teoría de la personalidad y las investigaciones sobre los estilos de percepción.
- Enfoque basado en la situación, que defiende la importancia del contexto en la determinación de la elección de las estrategias de afrontamiento. Esta perspectiva se ha derivado del estudio de las respuestas de adaptación a desastres o sucesos vitales mayores, desarrollado empíricamente y sin un cuerpo teórico consolidado. Los autores clasificaban las situaciones en función del tipo de estresores presentes con el objetivo de encontrar un patrón de afrontamiento característico a cada una de ellas.
- Enfoque interactivo, que considera que lo que determina el afrontamiento es la conjunción de la persona y su ambiente. Su unidireccionalidad ha sido actualmente superada y se le critica porque conlleva argumentaciones circulares que no han ofrecido explicaciones satisfactorias.
- Enfoque transaccional, característico del modelo cognitivo del estrés del grupo de Lazarus, que aborda el estudio del afrontamiento desde la interrelación entre la persona, la situación y el afrontamiento, como una trilogía que se influye mutuamente.⁽⁴³⁾

TIPOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El estudio del afrontamiento ha llevado a conceptualizar distintos tipos de dimensiones; a éstas se les denomina estilos y estrategias. Aún cuando se entiende al afrontamiento como un proceso, existen toda una serie de factores relacionados con el propio afrontamiento que acercan al estrés a más a una noción de estructura relativamente estable.

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional⁽⁴⁴⁾. Los estilos de afrontamiento se diferencian de los rasgos de personalidad ya que estos últimos son formas generales de responder a diferentes situaciones mientras que los estilos de afrontamiento representan las diferencias individuales o formas generales de responder el estrés. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos de responder al estrés que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes⁽⁴⁵⁾

Kleinke considera que los principales estilos de afrontamiento siguen siendo los planteados por Lazarus y Folkman; es decir, el afrontamiento enfocado o centrado en el problema y en la emoción.

Afrontamiento centrado en el problema

Se presenta cuando la persona busca cambiar la relación existente, sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza. Incluye el uso estrategias como resolución de problemas, toma de decisiones, buscar información, manejo del propio tiempo, buscar consejo o elaborar un plan. Tales estrategias tienden a centrarse en la acción y suelen utilizarse cuando la persona cree que aún se puede hacer algo por cambiar la situación estresante.

Afrontamiento centrado en la emoción

Tiene lugar cuando los esfuerzos de afrontamiento se dirigen a modificar la reacción emocional. Este objetivo implica pensar más que actuar para cambiar la relación persona - ambiente y se logra a través de una reestructuración cognitiva. Las estrategias de afrontamiento que se ubican en este grupo también son llamadas estrategias cognitivas de afrontamiento y pueden tender a un carácter pasivo presentándose frecuentemente en personas que creen que es difícil hacer algo para cambiar el estresor y por lo tanto sólo debe resistirlo. Pero también puede implicar el uso de estrategias como el ejercicio físico, meditación, expresión de sentimientos y la búsqueda de soporte.

Las personas utilizarán una amplia variedad de estrategias para manejar un solo hecho estresante, el éxito de las respuestas de afrontamiento dependerá de la naturaleza del estresor y de los problemas del contexto particular en el que se presente el evento; por eso lo que es efectivo en una situación no necesariamente lo es en otra. Sin embargo, ciertos tipos de afrontamiento son más efectivos que otros en determinadas circunstancias

Las investigaciones respecto a los estilos señalan el afrontamiento centrado en el problema es el de mayor utilidad para la persona, en tanto está relacionado con un mayor bienestar físico. Por el contrario, aquellos sujetos que preferentemente utilizan estrategias paliativas, como las centradas en las emociones o el escape conductual y/o cognitivo, manifiestan un mayor malestar físico.

Kleinke señala que cuando se puede hacer algo frente a los problemas o retos es mejor usar un afrontamiento centrado en el problema; sin embargo, cuando el problema es percibido como fuera del control personal, es preferible utilizar un estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Lazarus y Lazarus agregan que este último estilo es particularmente útil cuando la situación estresante que enfrenta la persona no puede ser cambiada ya que ayuda a controlar la angustia y disfunción que podría generarse cuando poco o nada puede hacerse, de tal forma que este estilo ayudaría a mantener la

moral en alto al mantenerse la esperanza. Cabe recordar que el contar con estrategias mixtas puede ser de mayor beneficio..

Lazarus y Folkman diseñaron un instrumento destinado a evaluar los diferentes estilos de afrontamiento, que recibió el nombre de Inventario de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Inventory - WOC por sus siglas en inglés).

Después de diferentes desarrollos el cuestionario revisado consta de 67 ítems que a su vez están agrupados en 8 escalas que son confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva

Carver et al. (1989) al revisar diferentes medidas trabajadas por otros investigadores encuentran que existen muchas medidas pero ninguna abarca en su totalidad todos los tipos de afrontamiento que consideran de interés teórico; por ello, realizaron diferentes estudios utilizando el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Al realizar un análisis de las respuestas de las muestras estudiadas, encontraron que las categorías de estilos de afrontamiento centrados en el problema y en la emoción se dividían en subgrupos diferentes, a los que llamaron estrategias, lo que los llevó a la creación de su propia prueba COPE (The Coping Estimation). Estos autores propusieron trece escalas que consideraban que a su vez se agrupaban en las dos dimensiones clásicas de Lázarus:

Estrategias centradas en el problema

1. Afrontamiento Activo: Se define como el proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor, o aminorar sus efectos negativos.
2. Planificación: Implica pensar en cómo manejarse frente al estresor, organizando estrategias de acción, pensando que paso tomar y estableciendo cual será la mejor forma de manejar el problema.

3. Supresión de actividades competentes: Se refiere a dejar de lado, o incluso dejar pasar, otros proyectos o actividades evitando ser distraído, con la finalidad de poder manejar el estresor.

4. Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Consiste en buscar en los demás consejo, asistencia e información con el fin de solucionar problemas.

Estrategias centradas en la emoción

5. Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: Consiste en buscar en los demás apoyo moral, empatía y comprensión de los demás con el fin de aliviar la reacción emocional negativa.

6. Reinterpretación positiva y crecimiento: Consiste en evaluar el problema de manera positiva, otorgándole connotaciones favorables a la experiencia en sí misma y en otros casos asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

7. Aceptación: Engloba dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El se realiza durante la fase de evaluación primaria, cuando la persona acepta que a situación estresante realmente existe, y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que no se podrá modificar.

8. Negación: Consiste en rehusarse a creer que el estresor existe, o tratar de actuar pensando como si el estresor no fuera real.

9. Acudir a la religión: Es la tendencia de volcarse a la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente

Otras escalas de afrontamiento

Carver et al (1989) encontraron que las tres escalas restantes no se agrupaban en las categorías anteriores y las unieron en una categoría llamada otras escalas, las cuales hacen referencia a estrategias usualmente consideradas inadecuadas para manejar el estrés.

10. Enfocar y liberar emociones: Consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta, expresando abiertamente estas emociones.

11. Desentendimiento conductual: Consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, dándose por vencido, sin intentar lograr las metas con las que el estresor esta interfiriendo.

12. Desentendimiento cognitivo: Implica que la persona permite que una amplia variedad de actividades la distraigan de su evaluación de la dimensión conductual del problema o, de la meta con la que el estresor esta interfiriendo.

Un punto importante en la propuesta de es que consideran que se puede plantear dos aspectos del afrontamiento y los diferencian llamándolos afrontamiento situacional y afrontamiento disposicional y crean para cada aspecto un instrumento específico. Por eso, el COPE tiene dos formatos, uno que permite evaluar el afrontamiento situacional y el otro que evalúa el afrontamiento disposicional. El contenido de los ítems es el mismo y sólo varía el modo en que son formulados. En la forma disposicional, los ítems se formulan de manera que evalúen lo que la persona usualmente hace cuando se encuentra en situaciones de estrés. Mientras que en la forma situacional, los ítems se formulan de manera que evalúen lo que la persona hizo en una situación específica en que afrontaba estrés. En el presente estudio se utilizó la versión disposicional.

Así, desde el modelo de afrontamiento de Carver y colaboradores se entenderá que este puede ser visto en términos estables (forma disposicional) como en términos específicos (forma situacional); y en cada uno de estos casos pueden analizarse las estrategias (formas muy específicas de actuar para responder a un estresor) y los estilos (organizaciones de las estrategias y por ello, probablemente más estables) de afrontamiento.⁽⁴⁶⁾

EVALUACION Y MEDICION DEL AFRONTAMIENTO

La creación de instrumentos se ha encaminado hacia la elaboración de pruebas de lápiz y papel, sencillas y de fácil aplicación que permitan la evaluación de estrategias de afrontamiento ante diversas situaciones.

Entre cuestionarios de este tipo más conocidos y utilizados esta el desarrollado por Lazarus y su grupo, el WOC. En éste se pregunta a los sujetos acerca de sus pensamientos y conductas para hacer frente a una situación estresante determinada. Ha sufrido diversas modificaciones desde su elaboración original. Consta de dos dimensiones:

- Estrategias centradas en la resolución del problema y;
- Estrategias centradas en regular el malestar emocional ante la situación y tiene ocho escalas:
 - Confrontación,
 - Distanciamiento,
 - Autocontrol,
 - Búsqueda de apoyo social,
 - Aceptación de responsabilidad,
 - Escape-evitación,
 - Planificación de solución de problemas,
 - Reevaluación positiva.

La consistencia interna de las dimensiones oscila entre 0.61 y 0.79⁽⁴⁷⁾

El WOC puede ser cuestionado por varias razones; su metodología es análoga en muchos aspectos a la utilizada en la construcción de cuestionarios de rasgos de personalidad (a pesar de pretender medir aspectos situacionales). Cada estrategia puede ser ubicada en más de una subescala en función de cómo la aplicó el sujeto. No recoge la secuencia de aplicación de las diferentes estrategias, ni su importancia. Algunos ítems son inaplicables a una situación en cuestión. Hasta la fecha no hay un procedimiento estandarizado de puntuación del WOC, habiendo recurrido los distintos autores que la han utilizado a los resultados de las factorizaciones o

a la diferenciación entre ítems de afrontamiento centrado en el problema versus emociones.⁽⁴⁸⁾

Con posterioridad, partiendo del mismo modelo teórico y siguiendo un procedimiento de elaboración similar, Carver, Scheier y Weintraub han desarrollado una alternativa al WOC, el cuestionario COPE, que pretende, según sus autores alcanzar una mayor precisión en la formulación de los ítems y abarcar una serie de áreas que aquellos consideran relevantes pero no cubiertas en el cuestionario de Lazarus y Folkamn.⁽⁴⁹⁾

Una de las peculiaridades de este cuestionario es que puede ser aplicado en versiones tanto disposicional (qué es lo que se hace habitualmente ante el estrés) como situacional (qué es lo que se hace en una situación concreta), recurriendo en cada caso a una variación de las instrucciones a la hora de rellenarlo.⁽⁵⁰⁾

Ambos cuestionarios preguntan al sujeto por la frecuencia del uso de cada una de las estrategias. Pueden además utilizarse para evaluar tanto las estrategias empleadas de forma habitual por la persona ante situaciones de estrés, como las estrategias utilizadas ante una situación concreta de la vida del sujeto, por lo general enmarcada en un periodo temporal dado. Una aplicación y adaptación del cuestionario COPE, en nuestro medio puede consultarse en Crespo y cruzado

A pesar de su punto de partida teórico, estos instrumentos se han seguido construyendo de acuerdo con las pautas establecidas para la elaboración de cuestionarios de personalidad de rasgos, olvidando así el carácter situacional procesual que supone poseen las estrategias de afrontamiento

Intentando subsanar esta deficiencia, Stone y Neale desarrollaron una medida de estrategias de afrontamiento con problemas cotidianos. En su prueba utilizan un formato abierto, presentando al sujeto ocho frases, cada una de las cuales describe una estrategia general de afrontamiento. el sujeto ha de indicar si utilizo o no cada de esa estrategias ante una situación concreta. Cuando responde forma afirmativa a una estrategia, ha de describir la acción

o pensamiento específico que tuvo lugar. Incluyen además una novena categoría para que el sujeto recoja las respuestas de afrontamiento que no quedan encuadradas en las ocho categorías consideradas. A continuación, el sujeto ha de indicar cuál de las nueve categorías fue más importante para manejar el problema. Este cuestionario se aplica respecto a situaciones concretas, y se complementa con una serie de preguntas acerca de las características de la situación seleccionada. Las características de esta prueba y el hecho de que fuera ideada para ser complementada diariamente, hacen que se situó a medio camino entre cuestionario y auto registro. La correcta aplicación de esta prueba requiere un entrenamiento previo de los sujetos en el reconocimiento de las diferentes estrategias de afrontamiento, así como cierto esfuerzo por parte de este a la hora de rellenarlo, lo que puede limitar de manera considerable su aplicación y utilidad en la práctica clínica.⁽⁵¹⁾

➤ **ENFERMERIA EN LA ESN –TBC**

La profesión de enfermería parte de su filosofía, al contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona sujeto de atención, más aún específicamente en el caso de la Tuberculosis, la enfermera desempeña un rol crucial en los programas de control

No en vano en el plan regional de tuberculosis 2006 – 2015, se considera a enfermería como un socio histórico en el trabajo contra la Tuberculosis, pero ahora con exigencias mayores en su desempeño

En tal sentido, las acciones existentes deben ser integrales y reducir de manera radical la tuberculosis desde el control de la pobreza. Más aún, estas intervenciones deberían ser entendidas y ejecutadas con esa visión por los profesionales involucrados hasta el nivel operativo. En Brasil por ejemplo, la estrategia DOTS/TAES, es llevada a los hogares con el fin de satisfacer las necesidades sociales, culturales, económicas y facilitar el acceso del paciente y familia a diferentes niveles y servicios del sistema de salud

Una de las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar la y promover la participación de la comunidad, en los programas de control de la calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería. La información es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. Por ello es necesario considerar como estrategia de acción, el informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, qué capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad.⁽⁵²⁾

La atención de enfermería debe ser integral e individualizada al paciente, familia y comunidad en los establecimientos de salud, con énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por tuberculosis.

Entre las actividades que realiza el profesional de enfermería en el seguimiento de casos tenemos la entrevista, la visita domiciliaria, la organización y administración de quimioprofilaxis; la referencia, la contra referencia, derivación y transferencia de pacientes

La enfermedad trae serias repercusiones en la esfera psico emocional, influyendo de alguna manera la autoestima, expresado en signos de desesperanza, sentimientos de tristeza y soledad, disminución de su capacidad de afronte de la enfermedad, etc. Los cuales deben de ser revertidos con el apoyo del personal de enfermería, para mejorar su salud mental y su capacidad de afronte ante la enfermedad

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de aliviar los síntomas de la enfermedad y el malestar emocional. El enfermero debe tener un deseo auténtico de ayudar y respetar y de una actitud abierta a comprender al enfermo como persona viviendo un proceso que trasciende lo orgánico; un proceso vital que afecta sus emociones, sus relaciones, sus actividades y aun sus posiciones existenciales y espirituales. Una actitud abierta a reconocer que la relación del equipo de salud con el paciente, no es una relación neutra ni objetiva, sino una relación interpersonal profunda, que como toda relación,

involucra aspectos de personalidad de ambos sujetos y que moviliza sentimientos más o menos conscientes de ambas partes

Por ello una adecuada entrevista integral ampliaría de tal forma su comprensión del problema, que permitiría no solo hacer responder a las necesidades de comprensión, reconocimiento, interés por él, de ser escuchado y sentirse como alguien con una identidad especial y no como un número de historia, carné o ficha. Un paciente así tratado disminuye las necesidades de atención y cuidado, está más dispuesto a colaborar con quien siente que realmente quiere ayudarlo y presenta una mejor respuesta al tratamiento. El profesional de salud debe saber que significa la enfermedad para la persona, cuáles son las reacciones, dificultades, sentimientos y necesidades normales que la enfermedad le genera; que se espera de ellos, y como pueden responder para poder establecer una verdadera relación terapéutica ⁽⁵³⁾

El enfermero debe comprender el estilo de afrontamiento de los pacientes y brindar al paciente nuevas herramientas que le permitan disminuir la inestabilidad emocional y el estrés que le causa la enfermedad.

G. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Estrategias de afrontamiento: Está dado por las respuestas expresadas por el paciente que asiste a la ESN – PCT en torno a las actividades o comportamientos que refieren realizar para manejar el estrés causado por la enfermedad que pueden ser centradas en la emoción, centradas en el problema u otras

Paciente con tuberculosis: Es la persona de ambos sexos (masculino y femenino) que acude a la ESN – PCT por una infección bacteriana causada por el Mycobacterium Tuberculosis, también llamado Bacilo de Koch.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

El presente estudio es de nivel aplicativo, ya que parte de la realidad para modificarlo, tipo cuantitativo, en razón a que se cuantifico la variable en estudio, método descriptivo de corte transversal, por cuanto permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

B. SEDE DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Max Arias Schereiber ubicado en el Jr. Antonio Raimondi 220 primer piso, un establecimiento I - 3 que pertenece a la DISA V, con una población asignada de 72355 personas, en el área de la ESN-PCT en el cual se brinda el tratamiento supervisado de primera línea y otro ambiente para el tratamiento de segunda línea. Cuenta con un personal conformado por un médico jefe, una enfermera y dos auxiliares de enfermería.. El horario de atención es de lunes a sábado de 8 am a 1 pm en el servicio.

C. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis intrapulmonar y extra pulmonar de ambos sexos, cuyas edades comprendieron de 18 a 65 años de edad, que se encuentran en el esquema I y MDR, conformada por 30 pacientes

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes adolescentes y adultos de ambos sexos
- Pacientes adolescentes y adultos que sepan leer y escribir como mínimo.

- Pacientes adolescentes y adultos sin limitaciones auditivas o visuales que impidan participar en el estudio.
- Paciente adolescentes y adultos que acepten participar en el estudio: (consentimiento informado).

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes adolescentes y adultos que presenten otros diagnósticos sobre agregados.
- Pacientes adolescentes y adultos con limitación para comunicarse.
- Paciente adolescentes y adultos que no acepten participar en el estudio: (consentimiento informado).

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue la entrevista, y el instrumento fue dado por el Cuestionario COPE (Inventario de Estimación de Afrontamiento) desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub en su versión situacional, el cual fue construido en base al modelo de teórico de Lazarus y Folkman. Este inventario fue adaptado en el Perú en 1996 por Casuso. El instrumento fue modificado de acuerdo a la realidad peruana y del paciente con tuberculosis, siendo sometido al juicio de expertos conformado por 7 profesionales de Enfermería del área de Psiquiatría, Salud Pública y expertos en el área de investigación. Los datos obtenidos fueron procesados mediante la Tabla de Concordancia y la Prueba Binomial. (Anexo G). Luego de realizar los reajustes pertinentes derivado de las sugerencias de los jueces de expertos se obtuvo un instrumento modificado de 48 ítems que se responde en una escala tipo Likert que va de 1 a 4, en la que 1 es “casi nunca hago eso” y 4 es “casi siempre hago eso”, con puntuaciones intermedias 2 “a veces hago eso” y 3 “generalmente hago eso para la recolección de datos. La primera parte del instrumento es la presentación, en la cual se mencionan los objetivos, los datos generales, instrucciones y los enunciados de acuerdo a las dimensiones e indicadores (Anexos C y E)

E. PROCESO DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la implementación del estudio se realizó los trámites administrativos correspondientes para obtener la autorización del director del Centro de Salud Max Arias Schreiber, directora de la estrategia en el centro, y licenciada que labora en la ESNCT – PCT en el Centro de la Salud. Posteriormente se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando de 20 a 30 minutos previo consentimiento informado. La recolección de datos se realizó en el mes de enero y febrero del 2013 a los pacientes previo consentimiento informado considerando de 15 a 20 minutos por cada paciente.

Para el procesamiento de los datos se usó el programa de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. (Anexos E y J), siendo presentado los resultados en tablas y gráficos estadísticos.

F. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se utilizaron pruebas estadísticas para valorar los datos según dimensiones,. Para ello se asignaron a los enunciados puntuaciones del 1 al 4.

Los enunciados fueron clasificados en tres dimensiones para la medición del afrontamiento. Siendo el valor final presente y ausente (Anexo K)

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización del Centro de Salud, así como el consentimiento informado de los pacientes de la ESNCT – PCT, expresándoles el carácter de anónimo y confidencialidad de los datos, los cuales solo han sido utilizados solo para los fines del estudio (Anexo D).

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de procesar los datos, los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos:

A. RESULTADOS

En cuanto a los datos generales del 100%(30), 53% (14) fueron de sexo masculino y 47%(16) de sexo femenino, 50%(15) tienen entre 18 y 30 años, 37% (11) entre 31 a 59 años, 13% (4) de 60 años a más, 40% (12) secundaria completa, 18%(5) superior universitaria completa, 13% (4) primaria completa, 10%(3) superior técnica completa, 10%(3) secundaria incompleta, 3% (1) primaria incompleta, 3%(1) superior técnica incompleta y 3%(1) superior universitaria incompleta. En relación al tiempo de tratamiento 87%(26) más de 4 semanas, 13%(4) menos de 4 semanas. Con respecto al tipo de tratamiento que se encuentra el paciente se puede apreciar 77%(23) se encuentran en el esquema I, 23%(7) se encuentran en tratamiento. (Anexo M).

Por lo que se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes son de sexo masculino, tienen entre 18 y 59 años, grado de instrucción secundaria completa, más de 4 semanas de tratamiento, y se encuentran en el esquema I.(Anexo M).

Respecto a las estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber, del 100% (30), en el 50% (15) las estrategias de afrontamiento están presentes y en el 50% (15) ausentes. (Gráfico N°1). Las estrategias que están presentes en mayor porcentaje están dadas por: concentrar sus fuerzas en seguir su tratamiento para sanarse, aceptar su tratamiento y lo que implica su tratamiento,

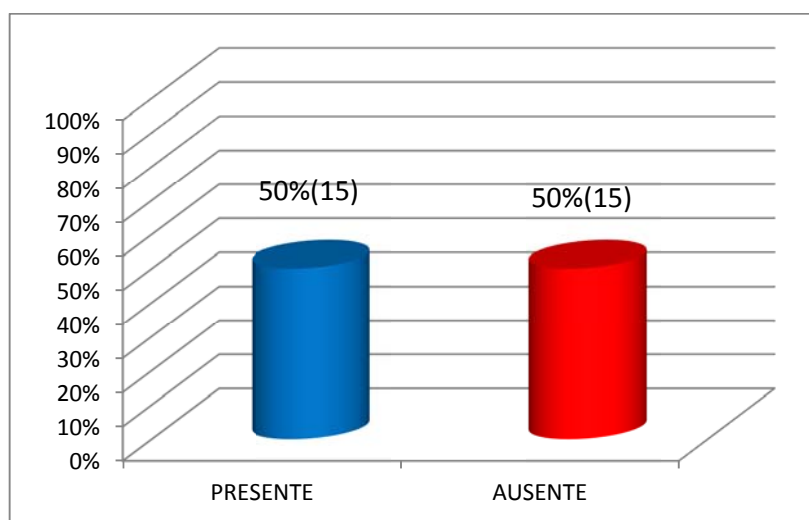
GRAFICO N° 1

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD

MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013



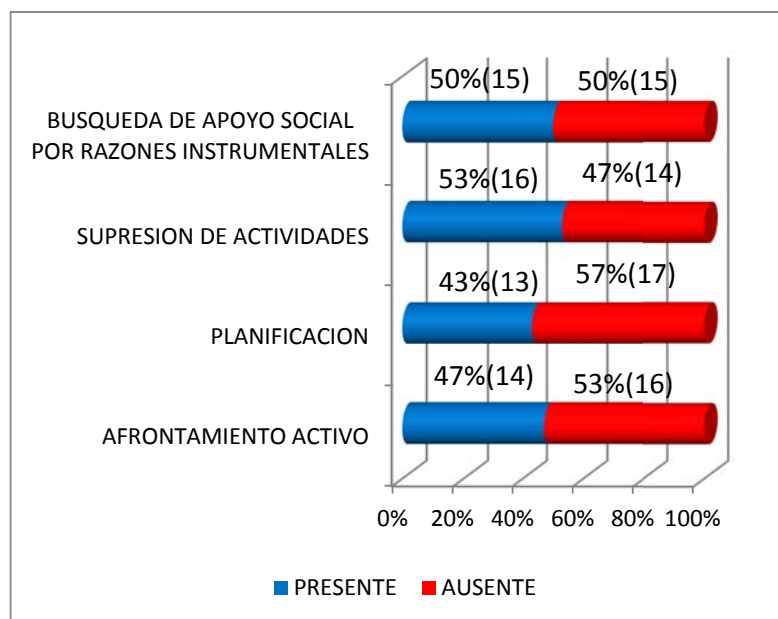
Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

y hacer paso a paso lo que debe hacer para sanarse. (Anexos R y S).

Acerca de las estrategias centradas en el problema, en el 53 % (16) están presentes y en el 47% (14) están ausentes. (Anexo N). Dentro de las estrategias centradas en el problema del 100% (30), en el 53% (16) la supresión de actividades está presente y en el 47% (14) ausente (Gráfico N° 2). Estas estrategias se refieren a que los pacientes dejen de hacer otras actividades para concentrarse en su enfermedad y en mayor porcentaje el paciente se concentra en su enfermedad, y si es necesario deja de hacer otras cosas (Anexo R). En el 50% (15) la búsqueda de apoyo social por razones instrumentales está presente y en el 50% (15) está ausente; en el

GRAFICO N° 2

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL PROBLEMA
DEL PACIENTE QUE ASISTE A LA ESN-PCT
EN EL CENTRO DE SALUD
MAX ARIAS SCHREIBER
LIMA - PERU
2013**



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

47% (14) el afrontamiento activo está presente y en el 53% (16) ausente; en el 43% (13) la planificación está presente y en el 57% (17) ausente.

Sobre las estrategias centradas en la emoción en el 40% (12) están presentes y en el 60%(18) ausente. (Anexo N). Dentro de las estrategias centradas en la emoción del 100%(30), en el 57%(17) está presente el acudir a la religión y en el 43%(13) ausente (Gráfico N° 3). Esta estrategia es la tendencia de volcarse a la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la

GRAFICO N°3

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN LA EMOCION

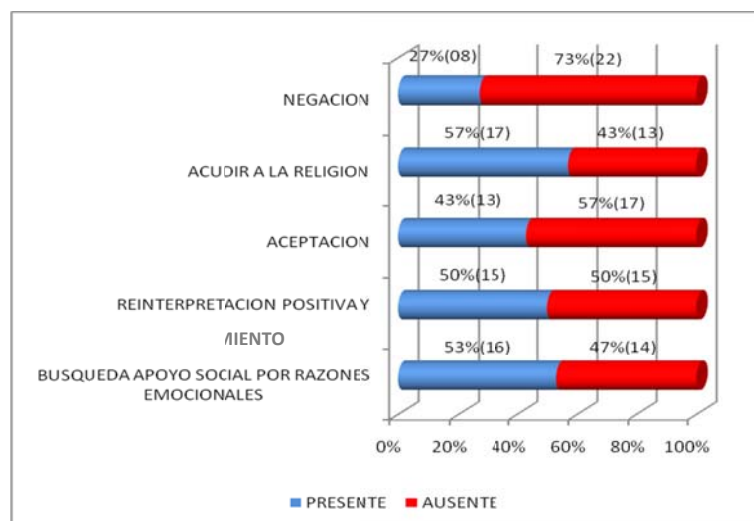
DEL PACIENTE QUE ASISTE A LA ESN-PCT

EN EL CENTRO DE SALUD

MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

tensión existente y está dada en mayor porcentaje en los pacientes cuando ponen su confianza en Dios para sanarse (Anexo T); en el 53%(16) la búsqueda de apoyo social por razones emocionales está presente y en el 43%(14) está ausente; en el 50%(15) la reinterpretación positiva y crecimiento está presente y en el 50%(15) ausente; en el 43%(13) la aceptación está presente y en el 57% (17) está ausente y en el 27% (8) la negación está presente y en el 73%(22) ausente.

Referente a las otras estrategias de afrontamiento en el 43%(13) están presentes y en el 57%(17) ausente (Anexo N). Dentro de las otras estrategias de afrontamiento del 100%(30), en el 60% (18) está presente el

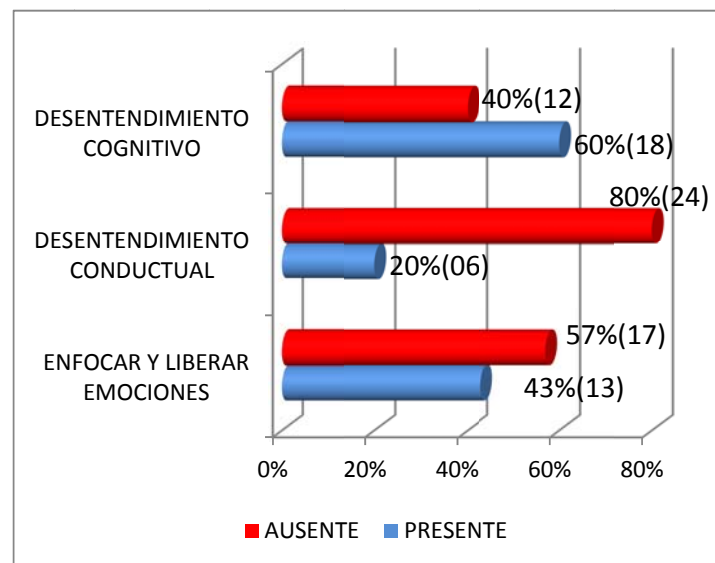
GRAFICO N° 4

OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD

MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

cognitivo y en el 40%(12) ausente, esto implica que la persona permite que actividades lo distraigan de su problema y está dado en mayor porcentaje en los pacientes cuando se dedican a otra actividad para no pensar en su enfermedad; en el 20%(15) el desentendimiento conductual esta presente y en el 80%(24) ausente, esto consiste en la disminución del esfuerzo, dándose por vencido y está dado en mayor porcentaje de ausencia cuando casi nunca dejan de intentar sanarse (Anexo T); en el 43%(13) el enfocar y liberar emociones está presente y en el 57%(17) ausente (Grafico 4).

B. DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA , causada por un agente infeccioso. En 2011, 8,7 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,4 millones murieron por esta causa. La existencia de trastornos mentales y del comportamiento comórbidos a enfermedades infecciosas, como la Tuberculosis, que no son detectadas y tratadas oportunamente, constituyen un factor de riesgo al cumplimiento del tratamiento respectivo.

El análisis en torno a las estrategias de afrontamiento nos permite comprobar el predominio de aquellas actividades que implican la aceptación del enfermar como una situación estresante como la tuberculosis. La aparición de la enfermedad en la vida de una persona, supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida. Los niveles de calidad de vida de los enfermos de tuberculosis dependen en alto grado de que ejecuten conductas de afrontamiento eficaces, es decir adaptativas. No existen estudios que comparen la presencia o ausencia de estrategias de afrontamiento. Solo la evidencia empírica de los estudios que se realicen en distintas situaciones de enfermedad y momentos de su evolución puede determinar las estrategias que resulten más eficaces en la adaptación a la enfermedad y arrojar luz a este tema.

Las estrategias de afrontamiento de los pacientes que asiste a la ESN – PCT está presente en la mitad de los pacientes referido a que concentran sus fuerzas en seguir su tratamiento para sanarse y ausente en la otra mitad que está dado porque casi nunca se rehúsan a creer que están enfermos y que casi nunca dejan de intentar sanarse; lo que nos estaría indicando indicar que no todos los pacientes reaccionan igual frente a las demandas desbordantes de sus propios recursos frente a la enfermedad. Al respecto no existen estudios que comparen la presencia o ausencia de las estrategias de afrontamiento.

Las estrategias centradas en el problema, se manifiestan en acciones como asumir un papel activo en la situación, analizar las causas, seguir pasos concretos, un plan de acción, hablar con las personas implicadas y poner en acción soluciones concretas, siendo éstas las de mayor utilidad para la persona en tanto éstas se relacionan con un mayor bienestar físico. A pesar del importante desajuste que sufren, en el mayor porcentaje de los pacientes de la presente investigación estas estrategias están presentes, lo cual no coincide con los estudios realizados por Mónica Casareto y Rosario Carrión donde las estrategias de mayor uso eran las centradas en la emoción. Las estrategias centradas en el problema están presentes en mayor porcentaje en el presente estudio cuando los pacientes dejan de hacer otras actividades para concentrarse en su enfermedad, se concentran en su enfermedad, y si es necesario deja de hacer otras cosas y buscan apoyo social por razones instrumentales referido a que trata de conseguir el consejo de enfermeras, médicos o alguien para saber como curarse

Por lo que se puede concluir que la mayoría de pacientes en la dimensión de estrategias centradas en el problema, dejan de hacer otras actividades para concentrarse en su enfermedad, dejando de hacer otras cosas; lo cual puede repercutir en la adopción de conductas saludables contribuyendo al proceso de adaptación y recuperación del paciente, así como en su calidad de vida.

Las estrategias centradas en la emoción son las que tienen lugar cuando los esfuerzos de afrontamiento se dirigen a modificar la reacción emocional. Las estrategias centradas en la emoción están ausentes en un mayor porcentaje en el presente estudio, es decir los pacientes podrían manifestar menor malestar físico, toda vez que no evalúan su situación como fuera del control personal y no tienden a utilizar estas estrategias de afrontamiento como primera opción de respuesta a las demandas que provienen de la enfermedad. La estrategia acudir a su religión fue la de mayor frecuencia, dado cuando ponen su confianza en su Dios para sanarse lo cual y la de mayor ausencia fue la negación referida a que se rehúsan a creer que están enfermos lo cual no coincide con los estudios de Mónica Casareto y Rosario Carrión, que concluyen que las principales estrategias de afrontamiento

fueron aceptación y reinterpretación positiva, por lo que los pacientes que asisten a la ESN – PCT podrían tener la tendencia de volcarse a la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente.

Referente a las otras estrategias de afrontamiento, el mayor porcentaje de pacientes que asisten a la ESN – PCT está presente el desentendimiento conductual que hace referencia a las actividades que el paciente ejecuta para no pensar en la enfermedad; y lo ausente está dado por el desentendimiento cognitivo que consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, dándose por vencido, sin intentar lograr las metas con las que el estresor está interfiriendo. Es decir el no concentrarse en sanarse y darse por vencido con respecto a este. Esto coincide con la investigación realizada por Rosario Casareto en el cual concluye que una de las estrategias de menor uso fue el desentendimiento conductual. Por lo expuesto podemos concluir que los pacientes que asisten a la ESN – PCT no se dan por vencidos, ni dejan que todo lo que esto implica (tratamiento y/ o cambio de vida, etc.) y tampoco que interfiera con su salud y recuperación.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio fueron:

- Las estrategias de afrontamiento de los pacientes que asisten a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber están presentes y ausentes de manera equitativa referida a que concentran sus fuerzas en seguir su tratamiento para sanarse, aceptan su tratamiento y todo lo que ello implica.
- Respecto a las estrategias centradas en el problema que utilizan los pacientes que asisten a la ESN – PCT en el Centro de Salud Max Arias, en la mayoría está presente la supresión de actividades competentes y está ausente la estrategia de planificación referido a pensar en como podría hacer para sanarse
- Acerca de las estrategias centradas en la emoción que utilizan los pacientes que asisten a la ESN – PCT en el Centro de Salud Max Arias, en la mayoría está presente el acudir a su religión ya que ponen su confianza en su Dios para sanarse, mientras que lo ausente está dado por la estrategia de negación ya que casi nunca se rehúsan a creer que están enfermos
- Sobre otras estrategias que utilizan los pacientes que asisten a la ESN – PCT en el Centro de Salud Max Arias, en la mayoría está presente el desentendimiento cognitivo que hace referencia a las actividades que el paciente ejecuta para no pensar en la enfermedad cuando ; y lo ausente fue la estrategia de desentendimiento conductual referido a que casi nunca dejan de intentar sanarse

B. LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio está referido a que:

- Los resultados y las conclusiones solo son válidas para la población de estudio

C. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que derivan del presente estudio esta dado por:

- Que se implemente un programa en la ESN – PCT para fomenta los mecanismos de afrontamiento o fortaleciendo y desarrollando habilidades psicoemocionales en los pacientes y personal de salud, para así mejorar su calidad de vida favoreciendo así la adherencia y curación.
- Realizar estudios de investigación aplicando el enfoque cualitativo referente a la adherencia y estrategias de afrontamiento que usan los pacientes con tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1)(42) Huanco Flores, Carmen rosa. Nivel de autoestima de los pacientes del programa de control de tuberculosis del centro de salud laurarodriguezdulanto-duksil. Lima. 2004. Pág. 2- 22
- (2)(20) Ticona Benavente, Paucar Quispe, Llerena Callata, "Nivel de Estrés y Estrategias de Afrontamiento en Estudiantes de la Facultad de Enfermería – UNSA Arequipa. 2006, realizados por docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de São Paulo. Brasil, y la de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Perú .2006. pág. 7 - 80
- (3) (40) Lazarus RL, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona..Editorial Martínez Roca 1986:pag. 40 - 175.
- (4)(5)(54) OMS. Tuberculosis, Nota descriptiva N°104, Octubre de 2012; [citado 4 Oct 2012];29(3):275-281. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>
- (6) OMS. La Tuberculosis en la Región de las Américas: Informe Regional 2011, epidemiología, control y financiamiento; [citado 6 Oct 2012]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19511&Itemid=
- (7)(8) OMS. Situación del control de la Tuberculosis (TB) en las Américas. Marzo, 2012. ; [citado 6 Oct 2012]. Disponible en: http://new.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=996&Itemid=892
- (9) Martín Alfonso L. Aplicación de la Psicología en el proceso Salud-Enfermedad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 [citado 4 Oct 2011];29(3):275-81. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012&lng=es

- (10) Torres, Margarita. Estudio comparativo en enfermos con Tuberculosis Pulmonar de los grupos Nunca tratados, Antes tratados y Crónicos en sus niveles de Depresión y Soporte social. UNMSM. Perú. (2002) pag. 137- 139
- (11) Rodríguez – Marín, j., López – Roig, s y Pastor, M.A. Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social. (1990). Sevilla .pág. 159 -196
- (12) Rodríguez, Jesús; Ángeles, M; Poez, Sofía, Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad .Departamento de psicología de la salud, facultad de medicina universidad de alicante, Psicotherma. Alicante 1993, vol 5 .pág. 349 -372
- (13) Hyland, M., La reformulación de la calidad de vida para la ciencia médica. Investigación de calidad de vida. New York, (1992). pág. 267-272.
- (14) Penley, J. Tomaka, J., &Wiebe, J. La asociación de hacer frente a los resultados de salud física y psicológica: una revisión meta-analítica. Revista del comportamiento medico. New York (2002). 25(6), 551-603.
- (15)(16) Ministerio de salud del Perú. Situación de la tuberculosis en el Perú. [Citado 4 Dic 2012]; Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_memoria_Lanzamiento_TB.pdf
- (17) Oblitas, Ofelia. Mecanismo de afrontamiento ante el estrés en las enfermeras del Area Quirúrgica en el Hospital Departamental de Huancavelica, 2010 / Benavides. 2010

- (18) Berrios Gamarra, Fabiola Norka, Nivel de vulnerabilidad frente al estrés y mecanismos de afrontamiento en estudiantes de enfermería de la U.N.M.S.M. Noviembre– 2005 . Lima – Perú, 2007. Pág. 56 – 57

- (19) Cassaretto, Mónica y Paredes, Rosario. Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Lima. 2006

- (21) Paredes Carrión,Rosario Haydée “Afrontamiento Y Soporte Social En Un Grupo De Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Terminal” [Tesis Para optar el Grado de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica]. Lima – Perú 2005. Pág. 66- 70

- (22) Díaz A , Gloria ; Yaringaño L ,Juan. “Clima Familiar y Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos”Hospital Edgardo Rebagliati Martins De Lima, Perú,2010, realizado por Psicóloga Clínica del Servicio de Psicología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Lima . 2010. pág. 80-86.

- (23) Hernández Zamora, Zoila Edith. Variables que Intervienen en la Personalidad Resistente y las Estrategias de Afrontamiento en Adultos Mayores, Universidad Veracruzana, México, 2009. Pág. 102 – 115

- (24) Suárez,Alejandra; Baquero, Lucía; Londoño, CherylyLow, Carolina. “Estrategias de Afrontamiento y Estilos Conductuales en Pacientes Diagnosticados con Cáncer que Reciben Tratamiento Ambulatorio” realizado por , Psicóloga, Universidad el Bosque y estudiantes que optan por el título de psicólogos. Bogota.2009

- (25) Enrique Flores-Sarazúa, Mercedes Borda-Más¹ y María Ángeles Pérez-San Gregorio "Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social, Universidad de Sevilla, España , abril 2005. Pág. 86- 94
- (26) Corrobles, José Antonio; Remor,Eduardo; Rodriguez-Alzamora Larissa, "Afrontamiento, apoyo social percibido y diestres emocional en pacientes con infección por VIH" estudio realizado por España con pacientes españoles y peruanos. Madrid. 2003. Pág. 86 - 90
- (27) Rueda Ruiz ,María Begoña y León Aguado Antonio ."Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular". Madrid. 2003.pág. 71 -124
- (28)(29) (36) Ministerio de Salud, dirección general de salud de las personas- Estrategia nacional de prevención y control contra la tuberculosis. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. Lima.2006.
- (30) Farreras, Valenti. Medicina interna.España. Interamericana Mc Graw Hill. Vol I. 1995
- (31)(32)(33) Publicación de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Periódico Nro. 46
- (34) Ministerio de Salud, dirección general de salud de las personas- Estrategia nacional de prevención y control contra la tuberculosis.Actualización del sub numeral 7. Tratamiento de la Tuberculosis de la NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de salud para el control de la Tuberculosis"
- (35) Arias Riquez, Ofelia Nila. Percepción del paciente de Tuberculosis acerca de la Calidad de Atención que brinda el

- profesional de enfermería en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui VMT – SJM 2011. Peru. 2011. Pág. 22 – 23
- (37)(55) Hernández Bustamante Milton. Equipo Técnico de la ESN PCT. Proyecto: La Salud Mental como Predictor de Adherencia al Tratamiento Antituberculosis. Lima. 2006
- (38) Acha, Julio; Castillo, Julio;Swetland, Annika. Problemas de salud Mental en Pacientes con TBC MDR. Lecciones aprendidas en los 1000 primeros casos en el Perú. Socios en salud. Lima .2009
- (39) Lazarus, R.S. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud. Bilbao: Descleé de Brouwer.(200). Pag 323-358.
- (41)(43)(45) Cassaretto, Milagros. Relación entre las cinco grandes dimensiones de lapersonalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitariosde Lima Metropolitana. Lima . 2009. Pág. 35 - 55
- (44) Fernández Abascal, E. Psicología general: Motivación y emoción.Madrid. Editorial centro de estudios Ramón Areces S.A. 2002. Pág. 19 – 55
- (47) Folkman S, Lazarus Rs. An analysis of coping in a middle-aged community sample.Journal of Health and Social Behaviour. New York 1980; 21: pag. 219-239.
- (48) Stone Aa, Porter Ls. Psychological Coping: Its Importance for TreatingMedical Problems. Mid/Body Medicine. NY 1995; 1(1): Pag. 46-54.
- (49) Carver Cs, Scheier Mf, WeintraubJk. Assessing coping strategies: atheoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology. 1989 Feb; 56(2):pág. 267-83.

- (50) Crespo M, CruzadoJa. La evaluación del afrontamiento: adaptación españoladel cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. Análisis yModificación de Conducta. España 1997; Vol. 23(92): pág. 798-830.
- (51) stoneaa. Neale jm. New measure of daily coping: development and preliminary results. Journal personal socpsychology. 1984. NY. pag 892- 906
- (52) Musayon Y; Loncharich N; Salazar M; Leal H. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Revista. Latinoamericana Enfermagem. Lima. 2010
- (53) SweetlandAnnika, Julio AchaAlbujar. Mejorando laadherencia: el rol de la psicoterapia de grupo en eltratamiento de la TB – MDR en el Perú Urbano. Ed.En Salud. Lima 2004

BIBLIOGRAFIA

Carver Cs, Scheier Mf, WeintraubJk. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology. 1989

Fernández Abascal, E. Psicología general: Motivación y emoción. Madrid. Editorial centro de estudios Ramón Areces

Gil Hernandez A. Tratado de Nutrición. 2 da Ed.. Tomo iv: Nutrición Clínica. Panamericana Edit.; 2010

Ministerio de Salud, dirección general de salud de las personas- Estrategia nacional de prevención y control contra la tuberculosis. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. Lima.2006.

Lazarus RL, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona.Editorial, Martínez Roca

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	TITULO	Pág.
A.	Operacionalizacion de la variable	I
B.	Matriz de Consistencia del Instrumento	II
C.	Instrumento – COPE modificado	VI
D.	Consentimiento informado	X
E.	Tabla de Códigos	XI
F.	Criterios de Evaluación – Juez Experto	XIV
G.	Prueba Binomial – Juicio de Expertos	XV
H.	Validez Del Instrumento	XVI
I.	Confiabilidad del Instrumento	XVIII
J.	Tabla matriz de datos	XIX
K.	Medición de la Variable	XX
L.	Datos Generales del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber 2013	XXI
M.	Estrategias de Afrontamiento del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max arias Schreiber.2013	XXIII
N.	Estrategias de Afrontamiento del Paciente según Dimensiones que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	XXIV
O.	Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Problema del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	XXV

ANEXO	TITULO	Pág.
P.	Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	XXVI
Q.	Otras Estrategias de Afrontamiento del Paciente que Asiste a la ESN-PCT en el centro de salud Max Arias Schreiber. 2013	XXVII
R.	Estrategias de Afrontamiento Centrado en el Problema del Paciente por Ítems que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	XXVIII
S.	Estrategias de Afrontamiento Centrado en la Emoción del Paciente por Ítems que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de salud Max Arias Schreiber. 2013	XXXI
T.	Otras Estrategias de Afrontamiento del Paciente por Ítems que Asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. 2013	XXXIV

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensiones	Indicadores	Definición operacional de la variable	Valor final de la variable
estrategias de afrontamiento	Las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo	<p>Estrategias centradas en el problema</p> <p>Estrategias entradas en la emoción</p> <p>Otras Estrategias</p>	<p>a) Afrontamiento activo, b) Planificación c) Supresión d) Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales</p> <p>a) Búsqueda de apoyo. b) Reinterpretación positiva y crecimiento c) Aceptación d) Negación e) Acudir a la religión,</p> <p>a) Enfocar y liberar emociones, b) Desentendimiento conductual c) Desentendimiento cognitivo</p>	son las acciones y pensamientos que refiere hacer el paciente que asiste a la ESN – PCT para disminuir o manejar el estrés que le causa la enfermedad que será medido mediante una cuestionario inventario de estimación de afrontamiento	<p>Presente</p> <p>Ausente</p>

ANEXO B
MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

Dimension	Indicador	Enunciados +
Estrategias centradas en el problema	Afrontamiento activo	1.Hago actividades para sanarme
		13.Concentro mis fuerzas en seguir mi tratamiento para sanarme
		25. Hago paso a paso lo que debe hacerse para sanarme
		36.Realizo acciones dirigidas a curarme lo más rápido posible
	Planificación	2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer para sanarme
		14. Pienso en las cosas que debo hacer para sanarme
		37. Pienso en cómo podría sanarme mas rápido
		48.Pienso en que debo de hacer para curarme, pasó a paso, actividad por actividad
	Supresión actividades competentes	3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en mi salud y sanarme
		15.Me concentro en tratar este sanarme y, si es necesario, dejo de lado otras cosas para tomar seguir mi tratamiento
		26.No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades y me concentro en mi enfermedad
		38.Trato de evitar que otras cosas interfieran con las cosas que hago para sanarme
	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	4. Les pregunto a personas que han enfermado como yo, que hicieron para sanarse
		16. Trato de conseguir el consejo de enfermeras, médicos o alguien para saber como curarme

Dimension	Indicador	Enunciados +
Estrategias centradas en el problema	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	27. Hablo con alguien que pueda saber mi enfermedad
		39. Hablo con alguien que pueda ayudarme a sanarme
Estrategias centradas en la emoción	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	5. Para sentirme mejor con mi enfermedad hablo con alguien
		17. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes para sentirme mejor
		28. Hablo con alguien sobre cómo me siento
		40. Busco la simpatía y la comprensión de alguien que me escuche
	Reinterpretación positiva y crecimiento	6. Busco el lado bueno de esta enfermedad
		18. Intento ver mi enfermedad desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo
		29. Aprendo algo de la experiencia de estar enfermo con tuberculosis
		41. Trato que mi enfermedad me haga, o me lleve a madurar
	Aceptación	7. Aprendo a vivir con tuberculosis
		19. Acepto que tengo tuberculosis y el tiempo que dura mi tratamiento
		30. Me acostumbro a la idea de que estoy enfermo
		42. Acepto la situación que implica tener tuberculosis
	Acudir a la Religión	8. Busco la ayuda de Dios
		20. Pongo mi confianza en Dios para sanarme

Dimensión	Indicador	Enunciados +
Estrategias centradas en la emoción	Acudir a la Religión	31. Intento encontrar consuelo en mi religión
		43. Rezo más que de costumbre
	Negación	10. Me rehúso a creer que estoy enfermo
		22. Me hago la idea de que estoy sano
		33. Actúo como si no estuviera tuberculosis
		45. Me digo a mi mismo (a) "no estoy enfermo"
Otras estrategias	Liberación de emociones	9. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones
		21. Dejo salir mis sentimientos para sentirme mejor
		32. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento
		44. Me molesto y soy consciente de ello
	Desentendimiento conductual	11. Dejo de hacer las cosas que debo hacer para sanarme
		23. Dejo de intentar sanarme
		34. Admito que no puedo lidiar con mi enfermedad, y dejo de hacer cosas para sanarme
		46. Reduzco la cantidad de cosas que hago para sanarme
	Desentendimiento cognitivo	12. Me dedico al trabajo o a otras actividades para olvidarme de que tengo tuberculosis
		24. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en mi enfermedad

Dimension	Indicador	Enunciados +
Otras estrategias	Desentendimiento cognitivo	35. Sueño despierto (a) con cosas distintas a mi enfermedad
		47. Duermo más de lo usual

ANEXO C
INSTRUMENTO
COPE MODIFICADO

UNMSM – FM
E.A.P.E. 2013

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es Héctor Pillaca Gonzáles soy enfermero de la UNMSM, estoy realizando un estudio en coordinación con el Centro de Salud, a fin de obtener información sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes de la Estrategia Nacional de Control de Tuberculosis. En tal sentido se solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se realizan. Este cuestionario le pide señalar qué es lo que **usted generalmente** hace o siente cuando se enfrenta con su enfermedad. Naturalmente, en las diversas situaciones usted puede reaccionar en forma diferente, pero piense **qué es lo que habitualmente usted hace**.

El presente cuestionario es anónimo y confidencial, los resultados se utilizarán sólo con fines de investigación. Agradezco anticipadamente su valiosa participación.

II. INSTRUCCIONES

A continuación le leeré una serie de afirmaciones sobre formas de actuar o de sentir en esas situaciones. Respóndame en cada una de ellas si coinciden o no con su propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

- Casi nunca hago eso
- A veces hago eso
- Generalmente hago eso
- Casi siempre hago eso

No importa lo que la mayoría diría o haría. No existen frases correctas ni incorrectas. Elija la respuesta más adecuada para usted y conteste con la mayor sinceridad posible. Conteste con lo que mejor describa su respuesta.

III. DATOS GENERALES

a). Edad . - b). Sexo: 1) Masculino 2) Femenino

c). Grado de instrucción:

1. Primaria incompleta
2. Primaria completa
3. Secundaria incompleta
4. Secundaria completa
5. Superior técnica incompleta
6. Superior técnica completa
7. Superior universitaria incompleta
8. Superior universitaria completa

d). Tiempo de tratamiento.... Semanas

e) Tratamiento: 1) esquema 1 2) MDR

IV. DATOS ESPECIFICOS

Afirmaciones	Casi nunca hago eso	A veces hago eso	General mente Hago eso	Casi siempre hago eso
1. Hago actividades para sanarme				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer para sanarme				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en mi salud y sanarme				
4. Les pregunto a personas que han enfermado como yo, que hicieron para sanarse				
5. Para sentirme mejor con mi enfermedad hablo con alguien				
6. Busco el lado bueno de esta enfermedad				
7. Aprendo a vivir con tuberculosis				
8. Busco la ayuda de Dios				
9. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones				
10. Me rehúso a creer que estoy enfermo				
11. Dejo de hacer las cosas que debo hacer para sanarme				

Afirmaciones	Casi nunca hago eso	A veces hago eso	General mente Hago eso	Casi siempre hago eso
12. Me dedico al trabajo o a otras actividades para olvidarme de que tengo tuberculosis				
13. Concentro mis fuerzas en seguir mi tratamiento para sanarme				
14. Pienso en las cosas que debo hacer para sanarme				
15. Me concentro en tratar este sanarme y, si es necesario, dejo de lado otras cosas para tomar seguir mi tratamiento				
16. Trato de conseguir el consejo de enfermeras, médicos o alguien para saber cómo curarme				
17. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes para sentirme mejor				
18. Intento ver mi enfermedad desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo				
19. Acepto que tengo tuberculosis y que mi tratamiento dura 6 meses				
20. Pongo mi confianza en Dios para sanarme				
21. Dejo salir mis sentimientos para sentirme mejor				
22. Me hago la idea de que estoy sano				
23. Dejo de intentar sanarme				
24. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en mi enfermedad				
25. Hago paso a paso lo que debe hacerse para sanarme				
26. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades y me concentro en mi enfermedad				
27. Hablo con alguien que pueda saber mi enfermedad				
28. Hablo con alguien sobre cómo me siento				
29. Aprendo algo de la experiencia de estar enfermo con tuberculosis				
30. Me acostumbro a la idea de que estoy enfermo				
31. Intento encontrar consuelo en mi religión				
32. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				

Afirmaciones	Casi nunca hago eso	A veces hago eso	General mente Hago eso	Casi siempre hago eso
33. Actúo como si no estuviera tuberculosis				
34. Admito que no puedo lidiar con mi enfermedad, y dejo de hacer cosas para sanarme				
35. Sueño despierto (a) con cosas distintas a mi enfermedad				
36. Realizo acciones dirigidas a curarme lo más rápido posible				
37. Pienso en cómo podría sanarme mas rápido				
38. Trato de evitar que otras cosas interfieran con las cosas que hago para sanarme				
39. Hablo con alguien que pueda ayudarme a sanarme				
40. Busco la simpatía y la comprensión de alguien que me escuche				
41. Trato que mi enfermedad me haga, o me lleve a madurar				
42. Acepto la situación que implica tener tuberculosis				
43. Rezo más que de costumbre				
44. Me molesto y soy consciente de ello				
45. Me digo a mi mismo (a) "no estoy enfermo"				
46. Reduzco la cantidad de cosas que hago para sanarme				
47. Duermo más de lo usual				
48. Pienso en que debo de hacer para curarme, pasó a paso, actividad por actividad				

ANEXO D
CONSETIMIENTO INFORMADO

Yo.....
..... con DNI....., firmo este
consentimiento, después de haberme enterado verbal y en
forma escrita la justificación y los objetivos del trabajo de
investigación “estrategias de afrontamiento del paciente que
asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias
Schreiber”, el cual permitirá recoger información valiosa de
los pacientes acerca de las forma en que reaccionan los
pacientes con tuberculosis a la enfermedad y así contribuir a
crear conocimiento para una mejor atencion

ANEXO E

TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES	RESPUESTA	CODIGO
1. Edad	De 18 a 30	1
	De 31 a 59	2
	De 60 a más	3
2. Sexo	Masculino	1
	Femenino	2
3. Grado de instrucción	Primaria incompleta	1
	Primaria completa	2
	Secundaria incompleta	3
	Secundaria completa	4
	Superior técnica incompleta	5
	Superior técnica completa	6
	Superior univ. Incompleta	7
	Superior univ. Completa	8
4. Tipo de tratamiento	Esquema I	1
	MDR	2
5. Tiempo de tratamiento	De 1 a 4 semanas	1
	Más de 4 semanas	2

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

PUNTAJE

Afirmaciones	Casi nunca hago eso	A veces hago eso	General mente Hago eso	Casi siempre hago eso
1. Hago actividades para sanarme	1	2	3	4
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer para sanarme	1	2	3	4
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en mi salud y sanarme	1	2	3	4
4. Les pregunto a personas que han enfermado como yo, que hicieron para sanarse	1	2	3	4

Afirmaciones	Casi nunca hago eso	A veces hago eso	General mente Hago eso	Casi siempre hago eso
5. Para sentirme mejor con mi enfermedad hablo con alguien	1	2	3	4
6. Busco el lado bueno de esta enfermedad	1	2	3	4
7. Aprendo a vivir con tuberculosis	1	2	3	4
8. Busco la ayuda de Dios	1	2	3	4
9. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones	1	2	3	4
10. Me rehúso a creer que estoy enfermo	1	2	3	4
11. Dejo de hacer las cosas que debo hacer para sanarme	1	2	3	4
12. Me dedico al trabajo o a otras actividades para olvidarme de que tengo tuberculosis	1	2	3	4
13. Concentro mis fuerzas en seguir mi tratamiento para sanarme	1	2	3	4
14. Pienso en las cosas que debo hacer para sanarme	1	2	3	4
15. Me concentro en tratar este sanarme y, si es necesario, dejo de lado otras cosas para tomar seguir mi tratamiento	1	2	3	4
16. Trato de conseguir el consejo de enfermeras, médicos o alguien para saber cómo curarme	1	2	3	4
17. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes para sentirme mejor	1	2	3	4
18. Intento ver mi enfermedad desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo	1	2	3	4
19. Acepto que tengo tuberculosis y que mi tratamiento dura 6 meses	1	2	3	4
20. Pongo mi confianza en Dios para sanarme	1	2	3	4
21. Dejo salir mis sentimientos para sentirme mejor	1	2	3	4
22. Me hago la idea de que estoy sano	1	2	3	4
23. Dejo de intentar sanarme	1	2	3	4
24. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en mi enfermedad	1	2	3	4
25. Hago paso a paso lo que debe hacerse para sanarme	1	2	3	4
26. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades y me concentro en mi enfermedad	1	2	3	4

Afirmaciones	Casi nunca hago eso	A veces hago eso	General mente Hago eso	Casi siempre hago eso
27. Hablo con alguien que pueda saber mi enfermedad	1	2	3	4
28. Hablo con alguien sobre cómo me siento	1	2	3	4
29. Aprendo algo de la experiencia de estar enfermo con tuberculosis	1	2	3	4
30. Me acostumbro a la idea de que estoy enfermo	1	2	3	4
31. Intento encontrar consuelo en mi religión	1	2	3	4
32. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento	1	2	3	4
33. Actúo como si no estuviera tuberculosis	1	2	3	4
34. Admito que no puedo lidiar con mi enfermedad, y dejo de hacer cosas para sanarme	1	2	3	4
35. Sueño despierto (a) con cosas distintas a mi enfermedad	1	2	3	4
36. Realizo acciones dirigidas a curarme lo más rápido posible	1	2	3	4
37. Pienso en cómo podría sanarme mas rápido	1	2	3	4
38. Trato de evitar que otras cosas interfieran con las cosas que hago para sanarme	1	2	3	4
39. Hablo con alguien que pueda ayudarme a sanarme	1	2	3	4
40. Busco la simpatía y la comprensión de alguien que me escuche	1	2	3	4
41. Trato que mi enfermedad me haga, o me lleve a madurar	1	2	3	4
42. Acepto la situación que implica tener tuberculosis	1	2	3	4
43. Rezo más que de costumbre	1	2	3	4
44. Me molesto y soy consciente de ello	1	2	3	4
45. Me digo a mi mismo (a) "no estoy enfermo"	1	2	3	4
46. Reduzco la cantidad de cosas que hago para sanarme	1	2	3	4
47. Duermo más de lo usual	1	2	3	4
48. Pienso en que debo de hacer para curarme, pasó a paso, actividad por actividad	1	2	3	4

ANEXO F

CRITERIOS DE EVALUACIÓN - JUEZ EXPERTO

Estimado(a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicitar dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una aspa (x) SI o NO en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a 3. los objetivos del estudio			
4. La estructura del instrumento es 5. Adecuada			
6. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.			
7. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
8. Los ítems son claros y entendibles.			
9. El número de ítems es adecuado para su aplicación			

Sugerencias:

.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO G

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
2	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
3	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
4	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
5	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
6	1	1	1	1	1	1	1	0.00195
7	1	1	1	1	1	1	1	0.00195

Si $p < 0.005$ la concordancia es significativa

ANEXO H

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez del cuestionario se solicitó la opinión de los jueces de expertos, además de aplicar la formula “r de Pearson.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i) (\sum y_i)}{\sqrt{N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2} \sqrt{N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2}}$$

ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON
1	0.26	25	0.51
2	0.36	26	0.38
3	0.31	27	0.28
4	0.49	28	0.43
5	0.51	29	-0.02
6	0.34	30	0.10
7	0.13	31	0.49
8	0.57	32	0.22
9	-0.04	33	0.03
10	0.21	34	-0.06
11	-0.02	35	0.44

ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON
12	0.17	36	0.37
13	0.15	37	0.20
14	0.47	38	-0.36
15	0.46	39	0.35
16	0.19	40	0.56
17	0.44	41	0.52
18	0.29	42	0.05
19	0.22	43	0.33
20	0.41	44	0.12
21	0.61	45	0.22
22	0.13	46	0.007
23	0.42	47	-0.012
24	0.43	48	-0.09

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido, excepto en los ítems 7,9,11,12,13,22,29,30,33,34,38,42,44,46,47,48 que serán considerados para el procesamiento de datos. Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de Pearson es válido

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento: Escala Likert se procedió a utilizar la formula **alfa – Crombach**:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

$$K = 48$$

$$K - 1 = 47$$

$$S_i^2 = 43.24$$

$$S_t^2 = 216.89$$

Reemplazando en la expresión (1):

Se obtiene Alfa de Crombach = 0.81

Por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO J

TABLA MATRIZ DE DATOS

	ESTRATEGIAS CENTRADAS EN EL PROBLEMA												ESTRATEGIAS CENTRADAS EN LA EMOCION												OTRAS ESTRATEGIAS																										
ESTR	A A				P L N				S A				BASRI				BASRE				RPYC				ACEPTACION				AALR				NEGACION				LDE				DC				DCG						
ITEM N°	1	13	25	36	2	14	37	48	3	15	26	38	4	16	27	39	5	17	28	40	6	18	29	41	7	19	30	42	8	20	31	43	10	22	33	45	9	21	32	44	11	23	34	46	12	24	35	47			
1	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	1	1	1	1	4	2	2	2	2	1	1	4	1	1	2	4		
2	4	3	3	4	4	3	2	2	2	3	2	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	2	3	3	3	4	3	4	3	1	2	2	2	4	4	4	4	3	1	1	1	4	4	1	1			
3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	2	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	1	1	2	2	1	1	4	3	1	1	2	1	1	1	4	3	1			
4	4	3	3	4	4	1	4	4	3	4	1	3	1	4	1	2	1	1	1	1	1	4	3	1	4	4	3	4	4	3	4	4	1	1	2	2	1	2	2	4	2	1	1	2	3	3	1	4			
5	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	2	2	1	1	2	1	2	4	4	4	2	4	2	4	4	4	2	4	1	1	1	1	1	4	1	3	1	2	1	1	1	1	1				
6	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	1	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	2	3	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	1	1	4	1	1	3	4	4	1			
7	4	4	3	3	3	3	3	3	4	2	2	2	1	4	1	3	3	4	3	1	3	3	3	4	2	4	2	4	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	1	4			
8	2	2	3	3	2	2	2	2	1	4	2	2	4	1	3	3	4	4	3	3	1	2	3	2	2	4	1	2	4	4	4	4	1	1	1	1	1	4	4	4	2	4	2	2	2	2	2	4			
9	1	4	4	2	4	4	4	4	4	4	1	2	4	4	4	2	2	4	2	2	4	3	4	2	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	4	2	2	1				
10	4	4	4	4	3	4	4	1	3	3	1	3	3	4	1	1	2	4	1	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	1	4	2	1	1			
11	4	4	4	2	2	1	3	2	4	4	2	3	1	1	2	2	2	2	4	2	4	1	4	1	1	3	4	2	4	4	4	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	4	1	3			
12	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	3	3	1	3	1	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	3	3	4	1	4	2	4	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1				
13	4	4	4	4	2	4	1	2	4	1	4	4	4	2	2	2	2	4	1	4	1	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	2	3	1	1	4	2	2	1	2	1	1	4	4	1	1			
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	4	4	2	1	1	1	1	2	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	1	1	4	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			
15	3	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1	4	1	4	1	2	1	1	1	1	4	4	1	1	4	4	1	4	2	4	3	4	4	1	2	2	1	2	4	2	4	1	1	1	1	4	3	2	1
16	4	4	4	1	2	4	4	4	3	4	4	4	4	1	2	1	4	1	2	4	4	1	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	1	1	1	1	1	4	4	2	1		
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	4	4	3	4	3	1	1	1	2	4	3	4	2	4	4	4	4	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	2	1			
18	4	4	4	4	1	4	1	4	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	4	4	2	1	4	4	2	3	2	4	4	2	3	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1		
19	3	4	4	2	4	4	1	4	4	4	4	3	1	4	1	4	1	3	3	3	4	1	3	1	3	3	3	3	4	4	2	1	1	1	3	1	3	4	4	2	3	1	1	1	4	3	1	1			
20	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	1	4	1	4	1	3	1	2	1	1	1	1	4	3	4	4	2	1	1	4	1	1	1	1	3	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
21	2	4	2	4	2	3	4	4	1	4	1	4	1	4	4	4	1	1	1	2	2	2	4	2	1	4	2	1	4	4	2	2	1	4	2	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	2	4	2		
22	4	4	4	1	4	4	1	4	4	1	1	4	1	3	1	1	4	3	1	3	4	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	4	1	1			
23	3	4	4	4	4	3	4	2	4	3	4	2	3	2	2	4	3	2	2	2	2	2	4	2	2	3	1	2	3	3	2	1	1	3	4	2	1	4	4	1	3	1	2	3	3	1	3	3			
24	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	4	2	1	4	4	4	4	1	4	4	4	2	2	1	1	2	1	1	1	4	1	1	1			
25	4	4	4	4	4	4	1	4	1	1	2	1	2	4	4	2	4	4	1	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
26	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	1	2	2	1	1	2	4	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	1	4	4	4	1	4	1	2	1	1	1	1	4	1	4	1			
27	2	3	1	1	2	1	2	4	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	4	2	3	1	1	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1			
28	3	4	3	4	4	4	1	2	4	4	4	1	1	4	1	2	2	2	2	2	3	1	2	1	2	4	4	4	2	2	2	2	1	2	2	1	4	2	1	1	4	1	4	2	4	2	1	3			
29	1	4	4	2	4	4	4	4	4	4	1	2	4	4	4	2	2	4	2	2	4	3	4	2	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	4	2	2	1			
30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	4	4	3	4	3	1	1	1	2	4	3	4	2	4	4	4	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	2	1	1			

ANEXO K

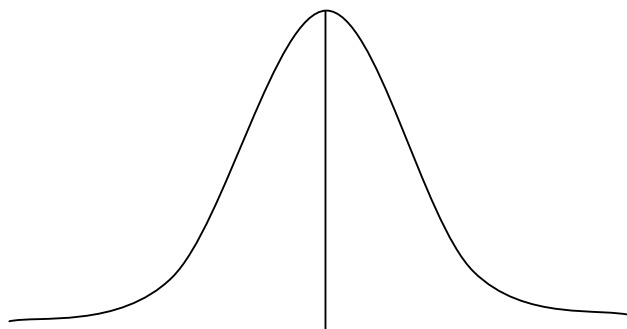
MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Para la categorización de la variable conocimientos se procedió de la siguiente manera:

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:

PROMEDIO ARITMÉTICO GENERAL: $X = 124.06$

- Presente : 125 - 192
- Ausente : 1 - 124



AUSENTE

XPRESENTE

ANEXO L

DATOS GENERALES DEL PACIENTE QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD

MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013

ASPECTOS	N°	%
EDAD		
18 a 30	15	50
31 a 59	11	37
60 a más	04	13
TOTAL	30	100
SEXO		
MASCULINO	16	53
FEMENINO	14	47
TOTAL	30	100

ASPECTOS	N°	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA INCOMPLETA	01	03
PRIMARIA COMPLETA	04	13
SECUNDARIA INCOMPLETA	03	10
SECUNDARIA COMPLETA	12	40
SUPERIOR TÉCNICA INCOMPLETA	01	03
SUPERIOR TÉCNICA COMPLETA	03	10
SUPERIOR UNIVERSITARIA INCOMPLETA	01	03
SUPERIOR UNIVERSITARIA COMPLETA	05	18
TOTAL	30	100
TIPO DE TRATAMIENTO		
ESQUEMA I	23	77
MDR	07	23
TOTAL	30	100
TIEMPO DE TRATAMIENTO		
MENOS DE 4 SEMANAS	04	13
MAS DE 4 SEMANAS	26	87
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

ANEXO M

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD

MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013

ESTRATEGIA	Nº	%
PRESENTE	15	50%
AUSENTE	15	50%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

ANEXO N

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN
DIMENSIONES QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL
CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER
LIMA - PERU
2013**

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CENTRADAS EN EL PROBLEMA DEL PACIENTE	16	53	14	47	30	100
CENTRADAS EN LA EMOCION DEL PACIENTE	12	40	18	60	30	100
OTRAS ESTRATEGIAS	13	43	17	57	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

ANEXO O

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL PROBLEMA
DEL PACIENTE QUE ASISTE A LA ESN-PCT
EN EL CENTRO DE SALUD
MAX ARIAS SCHREIBER
LIMA - PERU
2013**

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL PROBLEMA	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AFRONTAMIENTO ACTIVO	14	47	16	53	30	100
PLANIFICACION	13	43	17	57	30	100
SUPRESION DE ACTIVIDADES	16	53	14	47	30	100
BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL POR RAZONES INSTRUMENTALES	15	50	15	50	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

ANEXO P

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN LA EMOCION DEL PACIENTE QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD

MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN LA EMOCION	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUSQUEDA APOYO SOCIAL POR RAZONES EMOCIONALES	16	53	14	47	30	100
REINTERPRETACION POSITIVA Y CONOCIMIENTO	15	50	15	50	30	100
ACEPTACION	13	43	17	57	30	100
ACUDIR A LA RELIGION	17	57	13	43	30	100
NEGACION	08	27	22	73	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

ANEXO Q

OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE

QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD

MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013

OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENFOCAR Y LIBERAR EMOCIONES	13	43	17	57	30	100
DESENTENDIMIENTO CONDUCTUAL	06	20	24	80	30	100
DESENTENDIMIENTO COGNITIVO	18	60	12	40	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

ANEXO R

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA DEL PACIENTE POR ITEMS QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013

DIMENSION	INDICADOR	ENUNCIADO	CASI NUNCA HAGO ESO		A VECES HAGO ESO		GENERAL MENTE HAGO ESO		CASI SIEMPRE HAGO ESO		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA	AFRONTAMIENTO AFECTIVO	1.Hago actividades para sanarme	2	7%	5	17%	4	13%	19	63%	30	100%
		13.Concentro mis fuerzas en seguir mi tratamiento para sanarme	0	0%	2	7%	3	10%	25	83%	30	100%
		25. Hago paso a paso lo que debe hacerse para sanarme	1	3%	2	7%	5	17%	22	73%	30	100%
		36. Realizo acciones dirigidas a curarme lo más rápido posible	3	10%	4	13%	3	10%	20	67%	30	100%
	PLANIFICACION	2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer para sanarme	2	7%	6	20%	3	10%	19	63%	30	100%

		14. Pienso en las cosas que debo hacer para sanarme	3	10%	1	3%	5	17%	21	70%	30	100%
		37. Pienso en cómo podría sanarme mas rápido	6	20%	5	17%	2	7%	17	57%	30	100%
		48. Pienso en que debo de hacer para curarme, pasó a paso, actividad por actividad	2	7%	6	20%	2	7%	20	67%	30	100%
	SUPRESION DE ACTIVIDADES	3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en mi salud y sanarme	5	17%	2	7%	6	20%	17	57%	30	100%
		15. Me concentro en tratar este sanarme y, si es necesario, dejo de lado otras cosas para tomar seguir mi tratamiento	5	17%	1	3%	3	10%	21	70%	30	100%
		26. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades y me concentro en mi enfermedad	13	43%	5	17%	0	0%	12	40%	30	100%
		38. Trato de evitar que otras cosas interfieran con las cosas que hago para sanarme	3	10%	7	23%	7	23%	13	43%	30	100%
	BUSQUEDA DE APOYO SOCIALPOR RAZONES INSTRUMENTALES	4.Les pregunto a personas que han enfermado como yo, que hicieron para sanarse	15	50%	4	13%	4	13%	7	23%	30	100%
		16. Trato de conseguir el consejo de enfermeras, médicos o alguien para sabercómo curarme	3	10%	5	17%	2	7%	20	67%	30	100%

		27. Hablo con alguien que pueda saber mi enfermedad	10	33%	8	27%	4	13%	8	27%	30	100%
		39. Hablo con alguien que pueda ayudarme a sanarme	4	13%	13	43%	5	17%	8	27%	30	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

ANEXO S

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCION DEL PACIENTE POR ITEMS QUE ASISTE A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013

DIMENSION	INDICADOR	ENUNCIADO	CASI NUNCA HAGO ESO		A VECES HAGO ESO		GENERAL MENTE HAGO ESO		CASI SIEMPRE HAGO ESO		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCION	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL POR RAZONES EMOCIONALES	5. Para sentirme mejor con mi enfermedad hablo con alguien	10	33%	8	27%	5	17%	7	23%	30	100%
		17. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes para sentirme mejor	8	27%	6	20%	3	10%	13	43%	30	100%
		28. Hablo con alguien sobre cómo me siento	13	43%	7	23%	7	23%	3	10%	30	100%

		40. Busco la simpatía y la comprensión de alguien que me escuche	10	33%	9	30%	4	13%	7	23%	30	100%
	REINTERPRETACION POSITIVA Y CONOCIMIENTO	6. Busco el lado bueno de esta enfermedad	8	27%	5	17%	2	7%	15	50%	30	100%
		18. Intento ver mi enfermedad desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo	11	37%	3	10%	6	20%	10	33%	30	100%
		29. Aprendo algo de la experiencia de estar enfermo con tuberculosis	0	0%	7	23%	7	23%	16	53%	30	100%
		41. Trato que mi enfermedad me haga, o me lleve a madurar	6	20%	7	23%	3	10%	14	47%	30	100%
	ACEPTACION	7. Aprendo a vivir con tuberculosis	8	27%	6	20%	5	17%	11	37%	30	100%
		19. Acepto que tengo tuberculosis y que mi tratamiento dura 6 meses	1	3%	0	0%	5	17%	24	80%	30	100%
		30. Me acostumbro a la idea de que estoy enfermo	4	13%	13	43%	3	10%	10	33%	30	100%
		42. Acepto la situación que implica tener tuberculosis	5	17%	4	13%	4	13%	17	57%	30	100%
	ACUDIR A LA RELIGION	8. Busco la ayuda de Dios	3	10%	5	17%	3	10%	19	63%	30	100%
		20. Pongo mi confianza en Dios para sanarme	2	7%	3	10%	4	13%	21	70%	30	100%
		31. Intento encontrar consuelo en mi religión	6	20%	5	17%	2	7%	17	57%	30	100%

		43. Rezo más que de costumbre	12	40%	7	23%	1	3%	10	33%	30	100%
	NEGACION	10. Me rehúso a creer que estoy enfermo	25	83%	2	7%	1	3%	2	7%	30	100%
		22. Me hago la idea de que estoy sano	12	40%	9	30%	1	3%	8	27%	30	100%
		33. Actúo como si no estuviera tuberculosis	9	30%	10	33%	4	13%	7	23%	30	100%
		45. Me digo a mi mismo (a) "no estoy enfermo"	16	53%	8	27%	0	0%	6	20%	30	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.

ANEXO T

OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE POR ITEMS QUE ASISTE

A LA ESN-PCT EN EL CENTRO DE SALUD

MAX ARIAS SCHREIBER

LIMA - PERU

2013

DIMENSION	INDICADOR	ENUNCIADO	CASI NUNCA HAGO ESO		A VECES HAGO ESO		GENERAL MENTE HAGO ESO		CASI SIEMPRE HAGO ESO		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OTRAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	LIBERACION DE EMOCIONES	9. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones	17	57%	8	27%	1	3%	4	13%	30	100%
		21. Dejo salir mis sentimientos para sentirme mejor	6	20%	11	37%	0	0%	13	43%	30	100%
		32. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento	15	50%	8	27%	1	3%	6	20%	30	100%
		44. Me molesto y soy consciente de ello	15	50%	10	33%	1	3%	4	13%	30	100%

	DESENTENDIMIENTO O CONDUCTUAL	11. Dejo de hacer las cosas que debo hacer para sanarme	20	67%	5	17%	3	10%	2	7%	30	100%
		23. Dejo de intentar sanarme	25	83%	4	13%	0	0%	1	3%	30	100%
		34. Admito que no puedo lidiar con mi enfermedad, y dejo de hacer cosas para sanarme	22	73%	4	13%	1	3%	3	10%	30	100%
		46. Reduzco la cantidad de cosas que hago para sanarme	21	70%	7	23%	1	3%	1	3%	30	100%
	DESENTENDIMIENTO O COGNITIVO	12. Me dedico al trabajo o a otras actividades para olvidarme de que tengo tuberculosis	11	37%	3	10%	4	13%	12	40%	30	100%
		24. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en mi enfermedad	8	27%	8	27%	4	13%	10	33%	30	100%
		35. Sueño despierto (a) con cosas distintas a mi enfermedad	17	57%	8	27%	2	7%	3	10%	30	100%
		47. Duermo más de lo usual	22	73%	1	3%	3	10%	4	13%	30	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2013.